



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE BIOÉTICA

LARES DE IDOSOS

PERSPETIVA BIOÉTICA DA PASTORAL DA SAÚDE

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Doutor em Bioética

por

José Fernando Duarte Mendes

Instituto de Bioética

Porto, Fevereiro de 2016



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE BIOÉTICA

LARES DE IDOSOS

PERSPETIVA BIOÉTICA DA PASTORAL DA SAÚDE

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Doutor em Bioética

por

José Fernando Duarte Mendes

Trabalho efetuado sob a orientação de
Prof. Doutor António Bartolomeu Jácomo Ferreira
Mons. Vítor Francisco Xavier Feytor Pinto

Porto, Fevereiro de 2016

“Enquanto somos jovens, somos levados a ignorar a velhice, como se fosse uma enfermidade da qual nos devemos manter à distância; depois, quando envelhecemos, especialmente se somos pobres, doentes e sós, experimentamos as lacunas de uma sociedade programada sobre a eficácia que, conseqüentemente, ignora os idosos. Mas os idosos são uma riqueza, não podem ser ignorados! (...)

Os idosos são homens e mulheres, pais e mães que antes de nós percorreram o nosso próprio caminho, estiveram na nossa mesma casa, combateram a nossa mesma batalha diária por uma vida digna. São homens e mulheres dos quais recebemos muito. O idoso não é um alieno. O idoso somos nós: daqui a pouco, daqui a muito tempo, contudo inevitavelmente, embora não pensemos nisto. E se não aprendermos a tratar bem os idosos, também nós seremos tratados assim.”

Papa Francisco, 4 de março 2015

Agradecimentos

Na construção de uma obra, casa ou edifício contribuem muitas pessoas. Cada pessoa, ocupando uma função específica e num trabalho de equipa, favorece um olhar contemplativo sobre a obra edificada. A crítica construtiva, a partilha saudável de opiniões e o encorajamento para ir mais longe tornam-nos mais maduros e inserem-nos na construção de algo que vai muito além de nós mesmos. Assim aconteceu com esta investigação que nasce de uma preocupação comunitária e cresce com o contributo de todos, aos quais queremos agradecer.

Em primeiro lugar, à Universidade Católica e ao Instituto de Bioética na pessoa do seus diretores, professores, colaboradores e funcionários pelo despertar da curiosidade científica. Ao longo de cinco anos tivemos a oportunidade de partilhar, discutir, aprender e apreciar a reflexão ética pela leitura e escuta de grandes mestre da bioética nacional e internacional.

Ao Monsenhor Vítor Feytor Pinto, pároco da Paróquia do Campo Grande, em Lisboa, mestre em Bioética, professor de Ética no Curso de Mestrado do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa e nosso orientador, pelas horas de encanto, beleza e clareza com que sempre nos acompanhou na (re)descoberta de uma Igreja humana, anunciadora de Saúde e de braços abertos para acolher todos os homens e mulheres. A sua vasta experiência na Pastoral da Saúde, a sua paixão pela Bioética, o seu zelo pelo cuidar de todos, a sua alegria contagiante e o seu Amor a Cristo foram e são um contínuo exemplo para aprofundar o nosso estudo e renovar o nosso compromisso sacerdotal.

Ao Professor Doutor P. António Jácomo Ferreira, investigador e coordenador do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, pela orientação assegurada. O rigor do seu discernimento científico, a contínua interpelação, disponibilidade, o amor a Deus e à Igreja e o permanente incentivo foram a razão principal para ultrapassar as dificuldades vividas neste percurso de investigação. No P. António Jácomo encontramos não apenas um Mestre na arte de pensar e refletir, mas um amigo... um irmão... atento à partilha das alegrias e dores de uma vida de missão.

À Professora Doutora Elisa Veiga, professora auxiliar da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto, pela disponibilidade, pelas observações formuladas e persistente apoio no desenvolvimento da metodologia qualitativa.

À comadre Professora Doutora Lurdes Veríssimo, professora auxiliar da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto e à sua família, pelas palavras amigas, exemplo de vida, de trabalho e pelo contributo deixado na metodologia quantitativa.

A todas as instituições com a valência de Lar de Idosos da Diocese de Lamego, na pessoa dos seus presidentes, diretores técnicos, cuidadores e pessoas idosas que aceitaram colaborar nesta investigação através do inquérito e entrevistas. Todas nos abriram as suas portas, em todas encontramos traços que nos ajudaram a valorizar e a respeitar o cuidado prestado às pessoas idosas.

Às pessoas idosas que diariamente cruzam o meu caminho espelhos do Amor de Deus.

Aos amigos Berta Rosa Santos e família pela amizade e carinho com que sempre apadrinharam este sonho de investigação, sendo sempre uma voz serena, confiante e motivadora para vencer os momentos de maior desânimo.

À Diocese de Lamego, nos bispos D. Jacinto Tomás e D. António Couto pelo modo como acolheram, apoiaram e confiaram no nosso trabalho.

Aos sacerdotes, seminários e paróquia de Penajóia que sempre compreenderam os momentos de ausência e são a razão de ser da minha missão sacerdotal.

Aos sacerdotes Paulo Alves e Marcos Alvim, por nos terem iniciado na investigação científica. Ao longo de onze anos partilhamos formas de educar, vidas, histórias, momentos difíceis, discussões aceras e a alegria de servirmos cada rosto como um irmão.

Por fim, uma palavra de gratidão à minha família pilares da minha existência e que Deus colocou diante de mim. Ao Paulo, Xana e sobrinhos Matilde e Salvador pela alegria, pertinaz presença, amizade e carinho com que sempre receberam o irmão, o cunhado e o tio. À minha mãe, pai e irmã Cristina, pela vida oferecida, pelas constantes palavras de incentivo, pelas horas de dor partilhadas, pelo amor manifestado em todas as nossas decisões tomadas. Em vós encontro sempre o melhor lugar para revitalizar o meu ser e encontrar a alegria renovada da minha missão como filho, irmão e sacerdote.

Bem hajam.

Resumo

O permanente aumento da população idosa, em consequência da melhoria das condições de vida e da diminuição da natalidade, permite-nos viver durante mais tempo. O aumento da esperança de vida nem sempre é sinónimo de mais qualidade de vida. A degradação de um corpo, a subtração das faculdades intelectuais, à medida que a idade avança, impõe, por vezes, a necessidade de cuidados de saúde específicos e permanentes. As transformações sociais das famílias modernas e a sua consequente reorganização, assim como, o isolamento social das comunidades rurais do interior do país, contribuem para a decisão da institucionalização da pessoa idosa.

Os lares de idosos apresentam-se não apenas como a última alternativa, mas como uma oportunidade para que a família, cuidadores e instituição possam oferecer, à pessoa idosa, um fim de vida saudável e de qualidade. Atendendo ao fato de que grande parte dos lares de idosos integram instituições da Igreja refletiu-se, numa perspetiva bioética, na proposta evangelizadora e no papel da Igreja no acompanhamento das pessoas idosas e na humanização dos seus cuidados.

A presente investigação tem como principal objetivo caracterizar a vivência do cuidado integral nos lares de idosos, no contexto geográfico da Diocese de Lamego, na perspetiva dos seus atores, cuidadores e pessoas idosas, contribuindo para a prática de uma Pastoral da Saúde integradora de uma Ética do Cuidar, através de dois estudos.

No primeiro estudo quantitativo e descritivo foi realizado um questionário à totalidade dos lares de idosos existentes na Diocese de Lamego tendo caracterizado os lares relativamente ao número, natureza jurídica, número de idosos acolhidos, número e formação dos cuidadores, atividades e caracterização da assistência religiosa. No segundo estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a dez pessoas idosas e cinco cuidadores de cinco instituições com a valência de lar de idosos. Este estudo pretende, através das perspetivas dos cuidadores e das pessoas idosas, identificar as perdas físicas, lúdico-culturais, sócio-emocionais e espirituais das pessoas idosas; caracterizar a vivência institucional; assinalar as atividades, atitudes e tarefas dos cuidadores e instituição como resposta às perdas identificadas; identificar as dificuldades sentidas pelo cuidador, a

avaliação das mesmas e descrever a formação adquirida. A análise do conteúdo foi orientada pelo princípios da *Grounded Theory*.

Os resultados confirmaram, à semelhança de outros estudos, a existência de uma comunidade institucionalizada muito envelhecida e dependente, o que dificulta a realização de algumas tarefas e atividades. Os resultados apontam ainda para um excesso de trabalho, precariedade de emprego e insuficiente formação técnica e bioética dos cuidadores, o que dificulta realização de um cuidado integral; a existência de técnicos especializados para a realização dos cuidados de saúde; atividades centradas na animação cultural e atividades religiosas; dificuldades de responder às perdas sociais identificadas nas pessoas idosas; a identificação de uma institucionalização forçada pela doença, família e solidão; ausência de diálogo e atenção entre cuidador e pessoa idosa; inexistência de uma equipa da Pastoral da Saúde e a presença de algumas atitudes éticas positivas reveladoras de uma ética do cuidar tais como: autonomia, cuidar, compaixão, disponibilidade, dignidade humana e vulnerabilidade.

Na nossa perspetiva, a caracterização da vivência do cuidado integral nos lares de idosos, traz o contributo de desafiar as instituições, juntamente com a Bioética e a Pastoral Saúde, a criarem projetos de formação e humanização que favoreçam a prática de uma Ética do Cuidar.

Palavra chave: Pessoas idosas, lar de idosos, cuidado integral, Bioética, Ética do Cuidar e Pastoral da Saúde

Abstract

The permanent increase of elderly population, in the consequence of better conditions of life and the decrease of births, allow us to live longer. The increase of life expectancy is not always a synonym of more quality of life. The degradation of a body and the diminishing of intellectual skills as people grow older, sometimes bring the necessity of specific and permanent health care. The social transformations of modern families and their consequent reorganization, as well as social isolation felt among rural communities in the inner part of the country, contribute to the decision of institutionalizing the elderly person.

Nursing homes are not only just the last alternative, but also an opportunity that family, caregivers and institution can offer to the elderly person, as an healthy end of life full of quality. Due to the fact that most nursing homes make part of Church institutions, it reflects itself a bioethics perspective, in the evangelizing proposal and in the Church role of supporting elderly people in the humanization of their care.

This research work has as main goal the life experience characterization in the integral care in nursing homes, within the geographical context of Diocese Lamego, according to the main actors perspectives, caregivers and elderly people, contributing to a practice of the Pastoral for Health Care, integrating a Care Ethics, through two studies.

In the first quantitative and qualitative study, it was held a questionnaire applied to all nursing homes in the Diocese Lamego, in which they were characterized according to his number, legal nature, number of elderly people living there, number and training of caregivers, activities and characterization of the religious assistance. In the second qualitative study, it was held a semi-structured interview to ten elderly people and five caregivers of five institutions with nursing homes services. This study wants to, through the caregivers and elderly people's points of views, identify the physical, amusing-cultural, social-emotional and spiritual losses of elderly people; characterize the life experience in the institution; mark the activities, attitudes and tasks of caregivers and institution as an answer to the identified losses; identify the difficulties felt by the

caregiver, their evaluation and the acquired training. The content analysis was led by the principles of *Grounded Theory*.

The results confirm, as well in other studies, the existence of an institutionalized very old and dependent community, which makes harder the implementation of some activities and tasks. The results point to over working, as it is needed to perform several tasks, to job insecurity and insufficient technical and bioethics training of caregivers, becoming harder to develop an integral care; the existence of specialized technicians in the performance of health care; activities focused in cultural and religious activities; difficulties in answering to the social losses identified among elderly people; identification of forced institutionalization due to the disease, family and loneliness; lack of dialogue and attention between caregiver and elderly person; absence of an Pastoral for Health Care team and the presence of some positive ethical attitudes revealing of a care ethics, such as: autonomy, care, compassion, availability, human dignity and vulnerability.

In our perspective, the characterization of life experience in the integral care in nursing homes brings the contribute of challenging institutions, along with Bioethics and Pastoral for Health Care to create training and humanization projects which make easier the practice of a Care Ethics.

Key words: Elderly people, nursing homes, integral care, Bioethics, Care Ethics and Pastoral for Health Care.

Índice

Introdução	15
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
I – A caracterização do processo de envelhecimento. A dimensão biológica, social, psicológica e gerotranscendental	23
1. Uma sociedade envelhecida	24
1.1. Aspetos terminológicos	28
1.2. A dimensão biológica, psicológica e social do envelhecimento	31
1.2.1. Dimensão biológica	32
1.2.2. Dimensão psicológica	33
1.2.3. Dimensão social	33
1.3. Dimensões positivas da pessoa idosa	36
1.3.1. Histórias de vida	38
1.3.2. A sabedoria	39
1.3.3. A gerotranscendência	40
2. Os “lugares-comuns” do envelhecimento	42
II – As diferentes respostas ao desafio do envelhecimento	47
1. Fundamentos bioéticos da resposta social: da ética assistencial à ética do cuidado ..	47
2. A resposta sociopolítica	56
2.1. A família	61
2.2. A institucionalização	63
III – A ação hodegética da Igreja	69
1. A liberdade e a dignidade humana	70
2. A missão da Igreja e a sua resposta social	72

3. Presença da Igreja na saúde e sofrimento.....	77
4. Características da Pastoral da Saúde. As raízes da Pastoral da Saúde	81
4.1. Identidade e competência da Pastoral da Saúde	84
4.2. Fundamentação teológica e bioética da Pastoral da Saúde.....	89
4.2.1. Fundamentação teológica da Pastoral da Saúde	90
4.2.2. Fundamentação bioética da Pastoral da Saúde	94

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

IV – Metodologia	103
1. Problema de investigação	103
2. Método	104
3. Estudo 1	105
3.1. Objetivos.....	106
3.2. Participantes.....	106
3.3. Instrumentos	107
3.4. Procedimentos de recolha e análise de dados.....	108
3.5. Apresentação dos resultados.....	109
3.5.1. Caracterização institucional.....	109
3.5.2. Caracterização das pessoas idosas institucionalizadas	111
3.5.3. Caracterização dos serviços e atividades	112
3.5.4. Caracterização dos diretores técnicos, cuidadores técnicos e cuidadores	116
3.5.5. Caracterização da assistência religiosa.....	124
4. Estudo 2.....	128
4.1. Objetivos.....	129
4.2. Participantes.....	129

4.3. Instrumentos	132
4.4. Procedimento de recolha de dados.....	135
4.5. Procedimento de análise de dados	136
4.6. Apresentação dos Resultados.....	137
V – Discussão dos resultados	201
Conclusão	249
Referências Bibliográficas.....	259
Anexos	273

Índice de Quadros

QUADRO 1 – Número e percentagem de lares em função da característica e natureza jurídica	110
QUADRO 2 – Número e percentagem de lares em função dos Arciprestados	111
QUADRO 3 – Número e percentagem em função da capacidade do lar e número e percentagem das pessoas idosas do lar em função do género e idade	112
QUADRO 4 – Número e percentagem em função do tipo de serviço e espaços oferecidos pela instituição	114
QUADRO 5 – Frequência das atividades oferecidas pelas instituições em função das atividades lúdicas, culturais e ocupacionais	116
QUADRO 6 – Número e percentagem de diretores técnicos em função do género, área de formação e contrato de trabalho.....	118
QUADRO 7 – Número de cuidadores técnicos	119
QUADRO 8 – Número de cuidadores em função do género e área de intervenção.....	120
QUADRO 8.1 – Número e percentagem de cuidadores diretos em função da escolaridade e contrato de trabalho	121
QUADRO 9 – Número e percentagem de formação em função das temáticas das últimas quatro formações contínuas	124
QUADRO 10.1 – Número e percentagem em função do tipo de serviço e espaços religiosos oferecidos pela instituição.....	125
QUADRO 10.2 – Número e percentagem em função do tipo de assistente religioso.....	125
QUADRO 10.3 – Tipo de assistência religiosa em função da frequência.....	126
QUADRO 10.4 – Periodicidade da assistência religiosa em função do tipo de assistência	128
QUADRO 11.1 – Caracterização dos participantes cuidadores	131
QUADRO 11.2 – Caracterização dos participantes pessoas idosas	132

QUADRO 12 –Guião de entrevista para pessoas idosas e cuidadores	134
QUADRO 13 – Perdas físicas	138
QUADRO 14 – Perdas lúdico-culturais.....	139
QUADRO 15 – Perdas sócio emocionais	140
QUADRO 16 – Perdas espirituais e religiosas	144
QUADRO 17 – Espaço ambiental e relacional da identificação das perdas da pessoa idosa	146
QUADRO 18 – Causas para a institucionalização da pessoa idosa	148
QUADRO 19.1 – Experiências negativas na relação dos idosos com o cuidador e do cuidador com o idoso	152
QUADRO 19.2 – Experiências negativas da institucionalização e na relação inter-idosos	155
QUADRO 19.3 – Experiências negativas na relação da pessoa idosa com as atividades do lar	159
QUADRO 20.1 – Experiências positivas na relação com a instituição.....	162
QUADRO 20.2 – Experiências positivas na relação com os cuidadores e pessoas idosas	164
QUADRO 21.1 – Atividades de apoio à saúde	168
QUADRO 21.2 – Atividades culturais e lúdicas	170
QUADRO 21.3 – Atividades domésticas	172
QUADRO 21.4 – Respostas religiosas e espirituais.....	175
QUADRO 21.5 – Devoções desenvolvidas nos lares de idoso	177
QUADRO 21.6 – Celebração dos sacramentos	179
QUADRO 21.7 – Reposta às necessidade sociais	180
QUADRO 21.8 – Ausência de atividades	182
QUADRO 22 – Tarefas institucionais	184
QUADRO 23 – Tarefas com pessoas idosas	186

QUADRO 24 – Atitudes dos cuidadores.....	190
QUADRO 25 – Espaços disponibilizado pelo lar de idoso.....	194
QUADRO 26 – Avaliação das tarefas realizadas pelo cuidador.....	196
QUADRO 27 – Formação oferecida no lar de idosos.....	197
QUADRO 28 – Partilha das dificuldades e tarefas entre cuidadores.....	198
QUADRO 29 – Ética do cuidar.....	233

Índice de figuras

FIGURA 1 – Pirâmide etária da população residente, Portugal, 2001 - 2013.....	25
---	----

Índice de Anexos

Anexo 1 – Questionário

Anexo 2 – Carta

Anexo 3 – Termo de Consentimento

Anexo 4 – Guião de entrevista semiestruturada – Pessoas idosas

Anexo 5 – Guião de entrevista semiestruturada – Cuidadores

Anexo 6 – Sistema geral de categorias

Anexo 7 – Categorias pertinentes para a resposta às questões centrais de investigação

Índice de Abreviaturas

cd – Cuidador

CIC – Catecismo da Igreja Católica

DH – Dolentium Hominum

EA – Ecclesia in Asia

EG – Evangelii Gaudium

ERPI – Estruturas de Residências Para Idosos

F – Feminino

GS – Gadium et Spes

id – idoso

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS –

LF – Lumen Fidei

M – Masculino

PRODATA – Base de dados Portugal Contemporâneo

RM – Redemptoris Missio

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Introdução

Envelhecer deixou de ser o estado da vida em que poucos se orgulhavam de viver. A velhice torna-se numa condição quase universal, comum nas sociedades desenvolvidas e numa experiência pessoal. A presença de um rosto com as marcas de temporalidade permanece diante de nós durante mais tempo. A certa altura, os anos já não a tornam mais velha. Habitamo-nos a ver, com agrado, aquela pessoa velhinha, com passos tilintantes e ritmados ao som da bengala, cruzando os mesmos espaços, com o mesmo sorriso, debitando ensinamentos sábios, contínuos, experiências de vida transformadas em lições, encarnando uma filiação divina que a abre ao transcendente e consciente, de que a linha do tempo não apaga a identidade, ainda que carregue sinais de debilidade e fragilidade. No velhinho, a história faz-se presente e o futuro torna-se próximo. Em cada conto e reconto, repetido vezes sem conta, encontramos um pouco da nossa existência, daquilo que somos e do que poderemos vir a ser. Ao lado da pessoa idosa construímos a nossa própria existência, formulamos a nossa identidade.

A velhice é um desafio permanente. Em primeiro lugar, para aquele que envelhece na busca de estratégias, dinâmicas e ações que o comprometam com um envelhecimento positivo ou bem sucedido. Em segundo lugar, para a sociedade que se entrincheira entre exponencial número de pessoas idosas e a diminuição de recursos económicos que dificultam a formulação de uma resposta social de qualidade. E por fim, para a Bioética na defesa intransigente, de que mesmo fragilizado e com uma diminuição das suas capacidades físicas e psíquicas, o velhinho, o idoso é pessoa em tudo igual aos restantes seres humanos. Na presença desta realidade importa afirmar que envelhecer não é adoecer. O envelhecimento não gera necessariamente doença ou incapacidade, mas traz consigo o declínio da função dos órgãos e sistemas, tornando o corpo mais suscetível à doença, sobretudo, com a chegada da quarta idade (Baltes & Smith, 2003; Fonseca, 2004; Alaphilippe & Balley, 2014) e, conseqüentemente, a necessitar de cuidados.

No decurso da nossa investigação recebemos um convite para participar na inauguração de um lar de idosos integrado num Centro Social Paroquial. Numa aldeia do interior, num espaço que Aquilino Ribeiro batizou como *Terras do Demo*, onde a simplicidade abunda na generosidade e sacrifício das gentes, emerge, numa das colinas

sobranceira à paróquia, uma casa elegante, bem apetrechada, moderna, espaçosa, necessária... A comunidade estava radiante e eufórica com esta oportunidade, pois tinha concretizado um sonho que há muito inundava as suas vidas. A nossa presença, discreta mas atenta a tudo o que se passava e se dizia, captou a voz de alguém que ao nosso lado e em surdina, dizia: *o lar é um mal necessário*. Por momentos, isolamo-nos de tudo e de todos, deixando estas palavras ecoar na nossa mente. *O lar é um mal necessário!*... Será o lar um mal? Será o lar necessário? Se é mal como poderemos necessitar dele?

Na realidade, assistimos a um envelhecimento da sociedade e Portugal surge como um dos países mais envelhecidos da Europa, resultante de inúmeros fatores como o declínio da natalidade, aumento da qualidade de vida, melhoria dos cuidados de saúde, ausência de guerras ou epidemias, entre outros. Os dados do censo de 2011 afirmam que 19,03% da população portuguesa tem mais de 65 anos, sendo que 30% vive no norte do país, nalgumas freguesias rurais a taxa de envelhecimento ultrapassa os 40% e a esperança média de vida à nascença é de 80,2 anos (PRODATA, 2015). A estimativa do índice de envelhecimento previsto para 2014 é de aproximadamente de 139%, em cada 100 jovens há 139 pessoas com mais de 65 anos (PRODATA, 2015). A mesma tendência de crescimento acontece com o aumento do número de famílias institucionais que vive em estabelecimentos de apoio social, face a 2001 verificou-se um aumento acentuado de cerca de 49%, o que se traduz num crescendo de instituições vocacionadas para responder às necessidades de uma sociedade envelhecida (Censos 2011). A Carta Social¹ (2015), refere que em Portugal vivem aproximadamente 80 mil pessoas em lares de idosos, sendo 70% destes lares instituições de Solidariedade Social (IPSS) e 50% instituições dirigidas pela Igreja Católica (centros paroquiais, ordens religiosas, misericórdias...). No distrito de Viseu, onde a taxa de envelhecimento é superior à nacional, 22,9%, existem 125 Estruturas Residenciais para Idosos com a valência lares de idosos e que incorporam 5152 idosos institucionalizados (Carta Social, 2015). Esta conjuntura, de uma população que se torna inativa e a necessitar de cuidados, requer este proliferar de instituições que acolham aqueles que pela sua debilidade não podem ficar em casa das suas famílias. Os lares são

¹ Dados recolhidos em setembro de 2015 na consulta da página de internet gerida pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento disponível em: www.cartasocial.pt.

uma de muitas respostas que a sociedade de hoje propõe ou deve propor. Não são um mal que se impõe, devem antes motivar uma reflexão bioética que nos ajude a enquadrar e contextualizar a velhice na narrativa biográfica e histórica do Homem.

O lar é a casa onde muitos dos idosos viverão os últimos dias da sua vida. O lar é o lugar onde a dor da solidão, monotonia, ingratidão parece habitar com espasmos de alegria, convívio, afetos, exercícios e oportunidades. Ainda que alguns estudos revelem que uma percentagem de pessoas idosas estão nos lares por iniciativa própria, na origem da sua institucionalização estão causas como isolamento, problemas de saúde e impossibilidade física da família para cuidar dos seus idosos (Pimentel, 2005; Almeida, 2008; Guedes, 2012). Deste modo, impõe-se refletir numa realidade cada vez mais comum a vida em lares de idosos e os seus desafios para a bioética e para a pastoral: a institucionalização; o respeito pela autonomia, intimidade e privacidade da pessoa idosa; a humanização dos cuidados; a liberdade e a assistência religiosa; a formação bioética e deontológica dos cuidadores; o corte das relações sociais e familiares; o assistencialismo como fenómeno que distancia a cura do cuidar e que ferem alguns princípios da bioética como a autonomia, dignidade humana, vulnerabilidade, responsabilidade e a vivência de uma ética do cuidar.

Na presença deste pano de fundo e no exercício da nosso ministério sacerdotal, assumimos a escolha do tema da nossa investigação, os lares de idosos numa perspetiva bioética da Pastoral da Igreja. Envolve-nos, também, a convicção de que a prática de uma ética personalista, não cria entraves a uma unidade ontológica entre o cuidar, a ação Pastoral da Igreja e a Bioética. A Pastoral da Saúde e a Bioética trilham juntas no terreno da saúde, da enfermidade e do cuidar. Acrescentamos a esta conceção, a categoria filosófica do ser humano como “projeto”, partilhada por Jácomo (2014), o ser humano não é uma realidade incompleta, mas uma realidade aberta a todas as possibilidades e num “*equilibrio homeostático dinâmico de todas as suas dimensões*”. Cuidar da pessoa idosa, implica assumir todas as suas dimensões: física, psíquica, social, cultural, espiritual e religiosa, num diálogo permanente entre Pastoral da Saúde e a Bioética. Entre estas duas dimensões da vida não se edificam barreiras, mas constroem-se laços de fraternidade enraizados em valores comuns e estruturantes como a vida, dignidade, liberdade, justiça,

saúde, compaixão e solidariedade. A Pastoral da Saúde surge como a resposta prática que a Igreja oferece ao aproximar-se dos mais frágeis, vulneráveis, pobres e doentes com o fim de os curar, oferecendo-lhes uma saúde-salvífica. Curar e evangelizar, não só os que são apoiados diretamente pela ação social da Igreja e seus cuidadores, através dos lares de idosos, mas também os que respiram saúde ou os que ao largo, porque alheios ou distraídos, esperam respingos de cura.

A pessoa idosa, quando institucionalizada, aspira a ser cuidada com qualidade pela competência técnica e profissional do cuidador e instituição, mas também deseja, que o cuidado seja mais humano, relacional, que respeite os seus direitos, desejos e a dignidade da sua pessoa. Se a competência profissional é importante, não o é menos, a competência relacional, esta não tem tanto a ver com os conhecimentos, mas com os valores que respeitem a autonomia e a responsabilidade das decisões tomadas, no fundo, que a pessoa seja o centro de toda a ação. A institucionalização da pessoa idosa conduz a um processo de adaptação onde não se ausentam perdas de realidades que foram vitais na sua vida. A maior das perdas é a família a que se seguem a perda autonomia física, dos bens materiais, da casa, dos amigos. Tais realidades estão associados a valores e que agora se ofuscam com a ausência dos filhos, do trabalho e da capacidade produtiva, do convívio social e da prática religiosa. A Pastoral da Saúde e a Ética do Cuidar têm a tarefa de acompanhar a pessoa idosa, ajudando-a a *“re-situar os valores e a referi-los à sua situação presente”* (Prat Puigdollas, 2010). Isto é, oferecer novas formas de recriar e concretizar os valores assumidos como perdas, na perspectiva do cuidado integral da pessoa idosa a residir em lares de idosos da Diocese de Lamego.

Assim, procederemos nos três primeiros capítulos ao enquadramento teórico, aflorando os principais contributos teóricos e empíricos para o estudo do cuidado integral das pessoas idosas em lares de idosos. No capítulo I, caracterizaremos o processo de envelhecimento, na dimensão biológica, social, psicológica e gerotranscendental. Prosseguiremos, no capítulo II, com as diferentes respostas ao desafio do envelhecimento, descrevendo os fundamentos bioéticos da resposta social com a passagem de uma ética assistencial à ética do cuidado; a resposta da sociedade e da política às pessoas idosas a necessitar de cuidados, quer através do suporte familiar, quer pela institucionalização. Por

fim, no capítulo III descreveremos a ação hodegética da Igreja na defesa da liberdade e da dignidade humana, consubstanciada pela fundamentação teológica e bioética da Pastoral da Saúde.

No estudo empírico, iniciaremos, no capítulo IV, com a apresentação da metodologia utilizada neste modelo de investigação misto, delimitando o problema de investigação, as questões centrais de investigação e a descrição do Estudo 1 e do Estudo 2. Prosseguiremos para a identificação dos objetivos do Estudo 1, dos participantes, a apresentação do instrumento de recolha de dados, o inquérito e a apresentação dos resultados do Estudo 1, através da qual caracterizaremos as instituições, idosos, cuidadores, atividades e serviços oferecidos nos lares de idosos. Na segunda parte, deste capítulo, avançaremos para a apresentação do Estudo 2 e a descrição dos objetivos, a caracterização dos participantes, a apresentação da entrevista semi-estruturada como instrumento para a recolha de dados, os procedimentos da recolha e análise de dados orientados pelos princípios da *Grounded Theory* e a apresentação descritiva dos resultados do Estudo 2.

No capítulo V, procuraremos relacionar a análise dos resultados dos Estudos realizados com o objetivo geral da investigação que pretende articular o cuidado integral do idoso com a Pastoral da Saúde e a ética do cuidar, fundamentados pela revisão bibliográfica.

Concluiremos com a síntese de toda a nossa investigação verificando se os lares de idosos são promotores de cuidado integral e apresentando alguns pressupostos práticos do contributo bioético da vivência de uma Ética do Cuidar, com o apoio da Pastoral da Saúde.

Iniciaremos este percurso de investigação com a esperança de que esta reflexão, fundamentada num estudo empírico, contribuirá para uma mudança de paradigma, não só pela promoção de um cuidado holístico da pessoa idosa institucionalizada, mas também na construção de parcerias que envolvam os cuidadores, instituições, familiares das pessoas idosas, sociedade civil, Pastoral da Saúde (Igreja) e Bioética na responsabilização e dinamização de uma Ética do Cuidar de todos e para todos.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I - A caracterização do processo de envelhecimento. A dimensão biológica, social, psicológica e gerotranscendental.

Sendo o nosso objetivo a caracterização dos lares de idosos como resposta social ao processo de envelhecimento, é essencial começarmos com uma clarificação desta realidade. Partindo da constatação do envelhecimento da população, afluiremos a sua dimensão biológica, social, psicológica e gerotranscendental no sentido de fazer uma ponderação das perdas e dos ganhos vividos nesta etapa da vida.

A psicologia tem olhado para o envelhecimento sob três perspetivas: como um período de perdas, um período onde se manifestam ganhos e uma posição intermédia valorizando a existência de um desenvolvimento com aspetos positivos e negativos (Rebelo, 2007). Fonseca (2005) afirma que é ingénuo considerar que o avanço da idade está imune às perdas, é importante reter que o envelhecimento comporta também ganhos. Na idade avançada, continua Fonseca, mantém-se um sentido de continuidade, integridade e identidade, por isso, o envelhecimento deve ser também estudado quanto à forma como as pessoas respondem aos resultados desejáveis e à trajetória efetiva da suas vidas.

Na elaboração deste capítulo centramo-nos na descrição sociológica do envelhecimento, na definição da terminologia utilizada, no processo de envelhecimento e das suas perdas, encaradas muitas vezes como um estereótipo. Terminaremos com uma reflexão sobre a perspetiva positiva do envelhecimento, os seus ganhos e as suas esperanças (histórias de vida, sabedoria e gerotranscendência). Estes itens são a antecâmara da reflexão teórica que nos ajudarão a compreender a institucionalização e o modo de cuidar das pessoas idosas.

1. Uma sociedade envelhecida

A sociedade portuguesa está a envelhecer. Este é um facto inquestionável que ultrapassa os limites territoriais do nosso país e assume-se como uma evidência mundial. Se é verdade que começamos a envelhecer no dia em que nascemos, este fenómeno demográfico torna-se motivo de reflexão, nos países desenvolvidos, a partir da segunda metade do século XX. Segundo Nazareth (1988) o envelhecimento não se trata de uma praga, mas o confronto com uma nova realidade, que é o aumento contínuo de pessoas idosas: “*não se trata de uma praga ou doença (...), mas sim de uma constatação quantitativa: o número de velhos estará a aumentar preocupantemente*”. As projeções oficiais da Organização Mundial da Saúde apontam para que, pela primeira vez na história da humanidade, em 2050, o número de pessoas idosas no planeta excederá o dos jovens.

Nesta linha de reflexão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou na revista *The Lancet* que, em 2020 teremos, pela primeira vez, o número de pessoas com mais de 65 anos maior que o das crianças até aos cinco anos. Os autores do artigo publicado, Suzman, Beard, Boerma e Chattehi (2014), referem que as razões deste crescimento se deve aos avanços da medicina e ao desenvolvimento socioeconómico terem reduzido substancialmente as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e por doenças não transmissíveis. Estas mudanças demográficas, juntamente com uma crescente urbanização, modernização, globalização e mudança de comportamento quanto aos fatores de risco e estilos de vida, favorecem uma vida longa. O estudo alerta que o aumento da população mundial envelhecida é proporcional ao das doenças crónicas afetando, em muito, a qualidade de vida das pessoas idosas. Esta realidade coloca novas questões aos sistemas de saúde e à assistência social com implicações económicas, o que fazer com o crescente aumento de adultos mais velhos a necessitar de cuidados de saúde de longa duração, reconhecendo que a qualidade de vida das pessoas idosas vai muito além do setor da saúde (Suzman *et al.*, 2014).

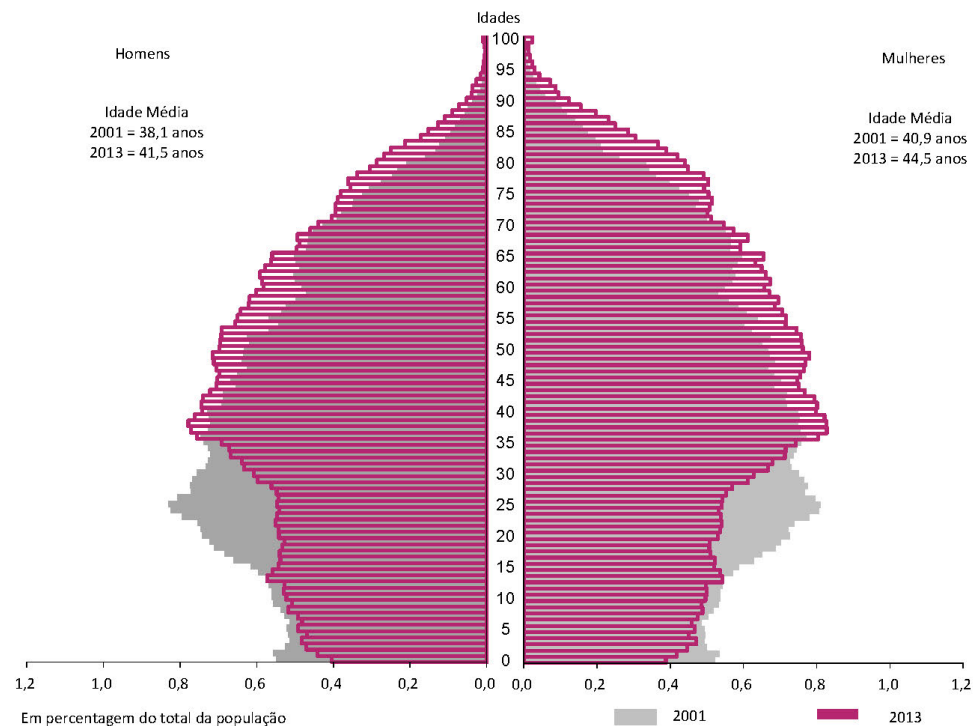
Hoje, a questão do envelhecimento não se coloca só nos países desenvolvidos, mas é também um fenómeno que emerge nas várias regiões do mundo em desenvolvimento, conforme referem Marino, Moraes & Santos (1999, p. 15) “*o envelhecimento da*

população mundial é um facto incontestável e vem ocorrendo tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento”.

O aumento da população idosa torna-se, assim, um fenómeno mundial e transversal a todos os países do mundo. O relatório final da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizado em Madrid em 2002, refere um aumento de idosos no mundo e aponta para que as mudanças demográficas sejam mais acentuadas e mais rápidas nos países em desenvolvimento, onde se prevê que a população idosa quadruplique até 2050².

FIGURA 1

Pirâmide etária da população residente, Portugal, 2001-2013



Fonte: INE, I.P. Recenseamento Geral da População e Habitação 2001 e Estimativas provisórias da População Residente 2013 (Carrilho & Craveiro, 2015).

Este facto demográfico traz necessariamente repercussões sociais, económicas e culturais, às quais, Portugal não está isento. Os dados e projeções oficiais disponíveis

² O Relatório da II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento encontra-se disponível em: <http://www.unric.org/pt>.

indicam um crescente peso das populações idosas e uma acentuada redução do peso da população ativa, o que acentua um envelhecimento demográfico tanto pela base, como pelo topo da pirâmide das idades (fig. 1). A origem da estrutura desta pirâmide é justificada, por alguns estudos³, pela passagem dum modelo de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo de níveis baixos dos mesmos e, simultaneamente, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações. Isto é, evidencia-se uma diminuição da população jovem (com menos de 15 anos) e um aumento da proporção da população idosa (65 ou mais anos) no total da população.

Os dados do INE revelam não só um envelhecimento da população, como uma dinâmica de crescimento da população residente em Portugal, de 2001 a 2014, com uma taxa negativa⁴, quer pela redução do saldo natural, quer do saldo migratório. De acordo com as estimativas (INE), em 31 de dezembro de 2014 residiam em Portugal, 10 374 822 pessoas, número inferior ao do Censos de 2011 (INE, 2015).

A acrescentar a este dados verificamos, ainda, um baixo índice de natalidade. Desde 2011 que o número de nascimentos com vida não compensa o número de óbitos e é inferior a 100 000 e os níveis sintéticos de fecundidade estimados para 2014 (número de crianças por mulher) são de 1,23. As razões mais apontadas para este decréscimo da natalidade e fecundidade, acelerado em 2013, são a crise económica e os elevados níveis de desemprego que pesam na decisão de ter ou não ter filhos.

Os efeitos da queda de fecundidade serão duradouros e difíceis de recuperar e estima-se que desde 2011 o número de pessoas idosas, residentes em Portugal, ultrapasse os 2 milhões (PRODATA, 2014), tornando Portugal o quarto país com maior proporção de pessoas idosas (com 65 ou mais anos) no seio da EU28, cuja média foi estimada em 18,2% para 1 de janeiro de 2013 (Carrilho & Craveiro, 2015), apresentando Portugal uma média estimada para 2014 de 20,1% (Prodata, 2014).

O envelhecimento é também visível na proporção da população idosa com 75 ou mais anos, que subiu de 7,0% em 2001 para 9,7% em 2013 e dos mais idosos (80 ou mais

³ Cf. Censos de 2011, Carneiro (2012), Casimiro (2013) e Carrilho & Craveiro(2015).

⁴ Em comparação com a média estimada da taxa de crescimento da Eurostat para 2013 (UE28=0,34%) Portugal apresenta uma taxa de crescimento negativa de -0,57%. (cf. Carrilho & Craveiro, 2015)

anos), em 2013, eleva-se a 27,9%. Carrilho e Craveiro (2015) prevêem que a população idosa aumentará para 31,3% e o índice de envelhecimento para 308 idosos por 100 jovens em 2053.

Em síntese, Carrilho e Craveiro apresentam como causas deste envelhecimento, em Portugal: *“o declínio da mortalidade infantil e adulta, a maior autonomia da mulher, a dificuldade em conciliar vida familiar e profissional e a maior acessibilidade a métodos contraceptivos seguros, são fatores que pesam na decisão de ter filhos e no seu espaçamento. O ingresso tardio dos jovens no mercado de trabalho, devido à maior escolarização, a que recentemente se juntou o aumento do desemprego neste grupo populacional, com a conseqüente dependência das gerações mais novas às mais idosas são fatores igualmente decisivos sobre o número de filhos a ter. A criação do sistema de segurança social conferiu maior independência às pessoas idosas e os esquemas de pensões de reforma separaram a função de procriar da de sustentar os pais na velhice”* (2015, p. 97) e o facto de continuarmos a ser um país de emigrantes com um aumento intensificado nestes últimos quatro anos.

Se o envelhecimento é um facto incontornável no nosso país, também é verdade que este envelhecimento tem contornos diferentes nas diversas regiões do país e com profundas assimetrias entre o interior e o litoral. A Diocese de Lamego, local geográfico do nosso estudo, situa-se na Zona Norte Interior e é constituída por 14 concelhos que integram quatro unidades administrativas do NUTS III: Tâmega e Sousa (Cinfães e Resende); Douro (Armamar, Lamego, Moimenta da Beira, Penedono, São João da Pesqueira, Sernancelhe, Tabuaço, Tarouca, Vila Nova de Foz Côa); Viseu Dão Lafões (Castro Daire e Vila Nova de Paiva) e Beiras e Serra da Estrela (Mêda).

O índice de envelhecimento, revelado nos Censos 2011, para a unidade administrativa do Douro é de 174,9 e apenas os concelhos de Cinfães, Resende, Tarouca, Lamego e São João da Pesqueira apresentam uma taxa inferior, sendo Tarouca a mais baixa, 121,8. A acrescentar a estes dados, temos o facto de que a população residente da Diocese de Lamego tem-se revelado acentuadamente recessiva, com freguesias rurais que se caracterizam pela ausência de crianças e jovens e mais de 50% da população idosa da diocese tem 75 ou mais anos. Alguns concelhos apresentam taxas negativas de crescimento

efetivo, como por exemplo Armamar, -21,88% (Moreira, 2015). A Diocese de Lamego, nos Censos de 2011, possuía 133 249 indivíduos residentes e 31 301 idosos (24%) com 65 ou mais anos.

A inexistência do setor secundário, a elevada taxa de desemprego, o encerramento de serviços públicos em alguns concelhos e freguesias, o desinvestimento público nas vias de comunicação, a deficitária rede de transportes públicos, a centralização do Turismo e do vinho em grandes empresas e a dificuldade de escoamento de alguns produtos agrícolas, favorece o estereótipo nos jovens de que o Douro interior é bonito de se ver, e pouco agradável ou desconfortável para se viver, restam os *velhos* e é para estes que se dirige o nosso olhar.

1.1. Aspetos terminológicos

O ritmo do desenvolvimento humano foi sempre definido a partir de etapas. Assim, cada tribo ou sociedade cultural tem a suas fases específicas que permitem a passagem de um estágio a outro. Exemplo são os ritos de iniciação de algumas tribos ancestrais, o acesso à universidade, a entrada na idade adulta, as entregas de diplomas, as festas de noivado e de despedida de solteiro. A chegada à idade da reforma caracteriza-se, também, como uma fase deste desenvolvimento humano. As próprias leis civis ajudam-nos a compreender esta noção dos limiares etários. Se a entrada na idade adulta surge pela capacidade da pessoa se tornar responsável pelos seus atos, atingindo a maior idade, a mesma conceção perdura na passagem da idade adulta à idade da velhice, através da chegada da reforma aos 66 anos, para o atual sistema nacional⁵ e na maioria dos casos. Assim, durante algum tempo interiorizou-se, socialmente, que a idade da reforma, ou os 65 anos⁶, equivalia à entrada na terceira idade, isto é, o acesso à categoria dos idosos, e com a

⁵ No portal português da Segurança Social informa-se que tem direito à pensão de velhice o beneficiário que tenha completado 66 anos em 2014 e 2015 conforme o limite definido pela Portaria 378-G/2013 de 31 de dezembro. Consultado em <http://www.seg-social.pt>, a 28/12/2015.

⁶ A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a pessoa idosa aquela que tem 65 ou mais anos para os países desenvolvidos e 60 ou mais anos para os países menos desenvolvidos. Neste

possibilidade de auferir de algumas regalias, entradas em museus gratuitamente, custos de viagens reduzidos, redução das taxas moderadoras, entre outras. Associada a esta passagem, e com a crescente longevidade humana no grupo etário dos idosos, emergiram várias expressões terminológicas para designar os idosos: “velhos”, “anciãos”, “pessoas idosas”, “reformados”, “seniores”, “terceira idade” e “quarta idade”.

Serrão (2006) propõe a designação de “séniores” para os homens e mulheres com mais de 65 anos, desligados de atividades profissionais formais, que mantêm a suas capacidades, saudáveis e ativos, abrangendo em termos etários três décadas, dos 65 aos 95 anos. Existem ainda três subtipos de homens e mulheres: i) idosos muito dependentes, com idades acima dos 85 anos e com dependência que resulta do envelhecimento natural ou patológico; ii) idosos dependentes, cuja dependência é resultante de uma doença crónica e que obriga a tratamentos médicos e iii) idosos independentes, os que mantêm as suas capacidades mas inativos, porque agarrados ao slogan “não faço nada, porque estou reformado”. No entanto, esta divisão, embora seja funcional e útil, não é consensual no debate da definição e delimitação da categoria de idoso.

Mauratti (2004) considera que, na construção da categoria idoso, devemos ter presente duas visões distintas. Por um lado, os discursos da velhice negativa, onde o idoso é encarado na sua fragilidade de doença, pobreza, solidão e dependência, conduzindo a um processo de exclusão social. No outro, o discurso dirigido aos que não se enquadram no bloco anterior e que são “*potenciais segmentos específicos de consumo*”. A velhice vista de modo positivo é uma oportunidade para a reflexão, lazer e atividades de aperfeiçoamento: universidades e turismo sénior. A autora enquadra o primeiro grupo na “quarta idade”, a idade em que se perde as capacidades essenciais e o segundo grupo na “terceira idade” que corresponderia à categoria de reformado. Paralelamente a estas representações surge o conceito de “*envelhecimento ativo*”, reforçado pela II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, promovida pela ONU, em 2002. Na sua formulação está a implementação

contexto, a OMS também reconhece fases distintas no período da velhice, tomando como ponto de partida o aumento da esperança de vida e a longevidade da pessoa: idade madura (dos 60 aos 69 anos), idade avançada (dos 70 aos 89 anos) e a grande idade (a partir dos 89 anos). Na nossa investigação utilizaremos a referência cronológica 65 anos, como início do grupo etário da pessoa idosa ou da pessoa de idade avançada.

de medidas que promovam uma postura ativa perante o envelhecer e atenuem as atitudes discriminatórias em relação aos mais idosos, assim como, a criação de uma solidariedade intergeracional.

Diante desta realidade torna-se difícil determinar o início do processo sociobiológico envelhecimento. Se é mais ou menos consensual que aos 65 anos se inicia uma nova fase da vida, também é verdade que a idade cronológica não corresponde às etapas do processo de envelhecimento natural. Na velhice há muitos fatores a ter em conta, físicos, sociais, culturais e de saúde, de modo que, dentro da mesma idade cronológica podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas (Schneider & Irigaray, 2008).

Neste contexto diversificado de terminologia, parece-nos vantajoso assumirmos no nosso estudo o termo de “*peessoas idosas*” para nos referirmos a pessoa de idade avançada. Não só porque é o termo mais utilizado nos diversos estudos realizados⁷, mas também porque desta forma não se define uma determinada etapa cronológica ou um espaço específico de anos. Quanto aos ciclos da vida da pessoa idosa, assumimos o estabelecimento de fronteiras etárias recorrendo aos investigadores (Fonseca, Paúl, Martín & Amado, 2005 e Fonseca, 2004) que apresentam as seguintes grupos etários para a população idosa: idosos jovens (65-74 anos), idosos (75-84 anos) e muito idosos (com 85 ou mais anos). Independente da discussão em torno da idade cronológica e da idade funcional, no processo de envelhecimento, e que nos ajuda a perceber a distinção entre a terceira e a quarta idade, optamos, também, por caracterizar a quarta idade com a idade cronológica a partir dos 75 anos.

Por outro lado, há também uma fundamentação ético-personalista pela opção de “*peessoas idosas*”. Os idosos, apesar das suas fragilidades e idade, continuam a ser pessoas com dignidade, em tudo idênticas aos restantes ser humanos. A insistência no termo, “*peessoas idosas*”, em detrimento de outros utilizados como: utentes, clientes, séniores,

⁷ Alaphilippe e Bailly (2014, p.12 e 13) descreve a sondagem realizada em França pela TNS Sofres / Logica para a *Notre Temps* (2009) revelando que o termo “séniores” é pouco apreciado pelos franceses, embora amplamente referido pelos meios de comunicação social, sendo que a denominação mais utilizada pelos inquiridos é “idosos”. Também Osório (2007) refere que do ponto de vista sociológico, de acordo com os estudos dos vários observatórios nacionais da União Europeia, os próprios sujeitos preferem ser designados como “peessoas idosas”.

relembra-nos que o idoso institucionalizado é intrinsecamente uma pessoa, por isso, digno de ser respeitado e cuidado.

A portaria 67/2012 de 21 de março de 2012 uniformizou e integrou sob a mesma designação de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) todas as modalidades e tipologias de alojamento para pessoas idosas. Este diploma considera como ERPI todas os estabelecimentos para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de saúde. A nossa investigação centrar-se-á nos lares de idosos da Diocese de Lamego, por isso, também optamos pela utilização do termo clássico “*lar de idosos*” por considerarmos aquele que melhor identifica o nosso objeto de estudo.

1.2. A dimensão biológica, psicológica e social do envelhecimento

O envelhecimento é ativo, não acontece só aos outros, nem se reduz a determinado momento da nossa vida. Envelhecemos de modo gradual, lento, muitas vezes sem tomarmos consciência dessa realidade e com marcas profundas que modelam a nossa narrativa de vida.

Ao longo do século XX foram surgindo diversas teorias que procuraram explicar o processo de envelhecimento. Almeida (2008) enquadra estas teorias em dois grupos: teorias biológicas e teorias psicossociais. As teorias biológicas descrevem as transformações físicas da pessoa. As teorias psicossociais analisam o envelhecimento à luz da diminuição das capacidades psíquicas, sociais e relacionais procurando integrá-las na dinâmica do envelhecimento ativo ou bem sucedido (Pinto, 2009).

Na verdade, estas teorias oferecem um contributo importante para a interpretação do processo de envelhecimento na sua dimensão biológica, psicológica e social, as quais passaremos a descrever.

1.2.1. Dimensão biológica

O envelhecimento, na dimensão biológica, é um fenómeno objetivo (Fonseca, 2012) que afeta todos os sistemas fisiológicos principais e de forma variável. As limitações funcionais, que ocorrem de modo discreto, atingem todos os indivíduos e desenvolvem-se ao longo da sua vida. O envelhecer, para Sáiz Ruiz (2001), inicia-se pela incapacidade de as células do corpo humano se poderem substituir a si mesmas, morrendo ou perdendo parte da sua função à medida que a idade avança. O próprio sistema nervoso central é incapaz de reparar as alterações morfológicas adquiridas com o envelhecimento, tornando-se num processo irreversível. A velocidade de transmissão nervosa diminui fisiologicamente com a idade, o que implica que as funções motoras fiquem mais lentas e as capacidades racionais menos eficazes. Este processo de perda da funcionalidade celular, que ocorre com o envelhecimento, designa-se de senescência, enquanto processo natural e comum a todos. Por sua vez, a senilidade, reflete as alterações funcionais resultantes de processos patológicos também comuns nesta faixa etária.

Embora o envelhecimento não seja uma doença, mas um declínio gradual da eficiência do processo metabólico (Meier-Ruge, 1990 cit. in Silva, 2006), com o aumento da idade revelam-se, no entanto, algumas transformações secundárias nos tecidos que, por vezes, se torna difícil de distinguir o que é doença do que é o envelhecimento. Para Sáiz Ruiz (2001), a velhice tem o seu ritmo próprio e natural comum a todos os seres vivos, enquanto que a doença tem origem num conjunto de fatores externos ou hereditários que podem ser modificados. A velhice é um fenómeno natural e não patológico. A velhice e a doença são processos relacionáveis, mas não necessariamente vinculados, aliás porque, grande parte das pessoas idosas possuem um nível de saúde e de autonomia suficiente para serem independentes dos outros e contribuírem ativamente na família e comunidade que os envolve.

Em síntese, o envelhecimento traz profundas alterações morfológicas com reflexo na própria imagem física, caracteriza-se por um conjunto progressivo de perdas, torna os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de patologias, ainda que possam ser retardadas com a adoção de estilos de vida saudáveis (Fonseca, 2012).

1.2.2. Dimensão psicológica

A nível psicológico é consensual a perda de determinadas capacidades, tais como a lentidão no processo cognitivo; a redução da atenção; a dificuldade na realização da “dupla tarefa”; a dificuldade na recordação de informação adquirida através da memória (nomeadamente, a memória a curto prazo e a memória episódica); a redução da velocidade de processamento da informação; a linguagem espontânea torna-se menos precisa e mais repetitiva e o declínio da atividade psicomotora (Alaphilippe & Bailly, 2014). No entanto, para Backman *et al* (2010), citado por Fonseca (2012) o declínio cognitivo não decorre apenas do desgaste orgânico resultante do processo biológico de envelhecimento, mas existem outras razões para o declínio cognitivo: estilos de vida e comportamentos pautados pela falta de estimulação cognitiva, manifestação de determinadas doenças (depressão, demências), falta de motivação, redução da autoestima e falta de confiança, solidão e isolamento.

1.2.3. Dimensão social

Relativamente à dimensão social do envelhecimento, Fonseca (2004, 2011) considera que esta remete para as modificações dos papéis sociais associados a acontecimentos típicos da velhice, tais como, a reforma, a morte do cônjuge, o nascimento dos netos, assim como, para a forma como a sociedade vê os seus idosos. O conceito que a sociedade vai construindo à cerca das pessoas idosas tem influência nos seus comportamentos, posturas e desejos em relação ao seu meio social envolvente.

A entrada na reforma é a primeira manifestação social de que a pessoa chegou ao fim da sua linha profissional, revelando em certa medida um estereótipo, de que aquela pessoa e com aquela idade chegou à velhice. Embora não possamos identificar linearmente a reforma com o início da terceira idade, uma vez que hoje as pessoas têm tendência a pensar na reforma mais precoce por razões de doença, desemprego e incapacidade ela é um marco importante na trajetória de vida da pessoa com profundos desafios. Ao passar à categoria de reforma, o “jovem velho”, perde o estatuto social atribuído pelo trabalho profissional, a reforma é “*uma forma de exclusão social e adquire o estatuto desvalorizado de reformado*” (Fernandes, 2001). A ausência deste lugar social gera não só dificuldades

de adaptação como implica uma reconstrução de uma posição na sociedade. A perda desta referência identitária, na perspectiva de Alaphilippe e Bailly (2014), pode levar a uma identificação da velhice apenas pela categoria etária, serão os “velhos”, os “idosos”, os “avozinha ou avozinho” ou ainda os “seniores”. De referir ainda que, com a reforma podem surgir problemas familiares, quer porque a família não está habituada à presença contínua do reformado, quer pelo conflito intergeracional.

O indivíduo que entra na reforma sente-se deslocado e, em muitos casos, não sabe onde empregar o seu tempo e energia e agora com ganhos reduzidos. Pimentel (2005), considera que a pessoa idosa na reforma, de modo geral, aufere rendimentos inferiores aos anteriores vencimentos agudizando as situações de pobreza e de exclusão social. Esta pobreza torna-se mais alargada pela atual crise económica, onde os poucos recursos das pessoas idosas servem para sustentar os seus filhos desempregados.

No entanto, estes factos não nos devem limitar a uma visão fronteiriça de que este período da vida é pouco rico em relações sociais, mas antes, favorecer uma atitude adaptativa capaz de contribuir para um melhor viver. Não nos podemos esquecer também que grande parte das pessoas reformadas dispõem pela sua frente de um quarto da sua vida.

Após a reforma surgem novos desafios, os dias necessitam de nova organização, a administração dos tempos livres, a ausência de horários e até a própria vida conjugal que, associada à saída dos filhos, requer uma reaprendizagem na vivência com outro.

A morte do cônjuge é também um acontecimento que modifica profundamente a vida familiar. A pessoa terá que adaptar-se a viver sozinha, sem os laços afetivos e de segurança criados ao longo da sua vida. No contexto da Diocese de Lamego, à semelhança do nacional⁸, onde as mulheres viúvas são em maior número, estas deparam-se com a redução de rendimentos após a morte do marido, o sustento económico do lar. A viuvez, o isolamento das habitações nos meios rurais, ausência de vizinhos e dos filhos são, muitas vezes, a razão para a institucionalização ou o recurso ao apoio social.

Estas três dimensões (física, psicológica e social) não se realizam de forma estanque, mas existe uma complementaridade e reciprocidade entre elas. Fonseca (2012)

⁸ O Censos de 2011 refere que 81% da população viúva são do género feminino (Censos, 2011).

considera que as transformações morfológicas do organismo e a sua interpretação negativa irão ter repercussões na imagem corporal, nos efeitos psicológicos e na integração social pela forma como o eu do idoso é percebido por si e pelos outros. Por outro lado, se o ambiente social tende a desvalorizar as capacidades da pessoa idosa, irá contribuir para isolamento, dependência e a falta de autoestima do mesmo.

A teoria do ciclo vital (Baltes, 1983 e 1990), assimilada por Osório (2008), sobre o desenvolvimento humano, defende que são múltiplas as modificações observadas em cada uma das dimensões do comportamento (*multidimensionalidade*), contra a ideia de que a infância é o período de crescimento e a velhice o período de deterioração. Cada uma das dimensões da pessoa e do envelhecimento seguem o seu percurso específico sofrendo alterações positivas e negativas (crescimento e deterioração), consequência dos fatores ambientais, culturais e históricos, o que determina a própria *plasticidade* do ser humano. Esta plasticidade, continua Osório, dá lugar a diferentes formas de envelhecer, dependendo da trajetória vital, do autoconceito, das experiências e dos apoios sociais. Na verdade, o que este autores defendem, assim como Fonseca (2012 e 2005), é que o ser humano tem uma capacidade plástica e flexível que se conserva e que lhe dá a possibilidade de “poder” e “controlo” sobre o próprio desenvolvimento, adaptando-se e ajustando-se às novas circunstâncias da vida. Não existe um desenvolvimento rígido e com um fim comum, como defendem as teorias biológicas, mas um percurso *multidimensional* e *multidireccional* que o indivíduo realiza num ajustamento contínuo e sobre a influência que os fatores idade, história, cultura, família, doenças e situações laborais exercem no seu processo de desenvolvimento.

1.3. Dimensões positivas da pessoa idosa

Reduzir o envelhecimento às perdas e fragilidades é apresentar uma imagem sombria do envelhecer. Importa dizer que, por um lado, nem as fragilidades da velhice afetam as pessoas de igual modo, nem as decadências ou fragilidades ocupam a maior parte da etapa da idade avançada e, por outro, a grande parte das pessoas que envelhecem possuem a capacidade de manter níveis elevados de satisfação. Deste modo, são classificadas três formas de envelhecimento⁹: o envelhecimento normal, patológico e competente ou bem sucedido. O primeiro, caracteriza-se por um envelhecimento sem reflexo de doenças e por uma progressiva diminuição das capacidades que o tornam dependente. O segundo, trata-se de um processo de envelhecimento marcado pela doença física ou mental que o tornam incapacitante e a necessitar de cuidados específicos. O terceiro, refere-se ao envelhecer ativamente e de modo satisfatório com um equilíbrio entre a saúde, condição física, capacidade cognitiva, participação comunitária e social e o bem-estar psicológico.

Assim, concordamos com Feytor Pinto (2011) quando considera que o envelhecimento pode trazer perdas, mas não é um tempo de perda, continua a ser um tempo de sonhos, de realizações e de esperanças.

A velhice é um tempo diferente onde se observam ganhos, traços de felicidade, razões de viver e se descobrem atividades novas e espaço para a descoberta de virtudes que favorecem o envelhecer bem como a serenidade, mansidão, paciência, liberdade, gratidão e Amor (Grün, 2011).

No que diz respeito a estes ganhos ou aspetos positivos do envelhecimento, achamos oportuno, e no contexto do nosso estudo, destacar apenas estas três áreas que se concentram na fase mais tardia da velhice: história de vida, sabedoria e gerotranscendência.

⁹ Esta classificação do envelhecimento é desenvolvida em vários autores como: Fonseca (2012), Silva (2005), García *et al* (2010) e Posada (2011).

Posada (2011), recorrendo ao processo de desenvolvimento do ciclo vital de Erikson¹⁰ (1982), considera que os últimos estádios, produtividade e integridade, podem ser aplicados à idade avançada, atendendo ao facto de que hoje é possível viver durante mais tempo, de modo saudável e ativo.

Para Posada o conceito de produtividade na velhice está associado aos primeiros anos da terceira idade e é similar ao do envelhecimento ativo ou produtivo. A pessoa idosa é capaz de produzir e de contribuir para o bem comum, assim como, adquirir novas competências que lhe dão sentido à vida, aumentam os níveis de bem-estar e de autoestima.

A integridade na perspetiva de Erickson é o culminar de um processo de desenvolvimento que ocorre quando existe o sentimento do dever cumprido. A pessoa idosa avalia o seu passado, reconhece que mereceu a pena viver, está orgulhosa do que produziu, de modo digno e íntegro, e aceita os erros cometidos como momentos de aprendizagem. Se pelo contrário, a pessoa avalia a sua vida e está arrependida de algumas decisões que tomou no passado, ela sente-se desiludida e triste. O desespero toma lugar e surge o sentimento de que o tempo acabou, que mais nada pode fazer pela sociedade e família. Agora apenas lhe resta o fim de tudo, vive numa nostalgia e tristeza os últimos dias da sua vida.

¹⁰ Erik Erikson, aluno de Freud, desenvolveu a teoria do desenvolvimento psicossocial em oito estádios. Erikson não fica reduzido à perspetiva determinista de Freud que considerava que o desenvolvimento pessoal terminava por volta dos sete anos, mas considera que o desenvolvimento continua por toda a vida, apesar de ter dado um significado especial à infância e à adolescência. Estas oito fases representam determinados momentos em que as mudanças físicas, cognitivas, instintuais e sexuais se combinam para desencadear uma crise interna cuja resolução pode resultar uma regressão psicossocial, ou em condições normais, a epigénese, a passagem com a aquisição de virtude para o estágio seguinte. As fases deste ciclo vital, desenvolvidas por Erikson, são: 1) confiança *versus* dúvida (dos 18 meses aos 3 anos); 2) iniciativa *versus* culpa (dos 3 aos 5 anos); engenho *versus* inferioridade (dos 5 aos 13 anos); identidade *versus* confusão de papéis (dos 13 aos 21 anos); intimidade *versus* isolamento (dos 21 aos 40 anos) e integridade *versus* desespero (para além dos 60 anos). Cf. Sprinthall & Sprinthall (1990) e Veríssimo (2002). Rebelo (2007) refere que numa revisão póstuma do texto original de Erikson, a esposa e o seu colaborador Joan, acrescentaram um nono estágio, pautado por uma capacidade de transcendência e de observar a realidade a partir de uma meta-perspetiva. Este autores acreditam que após uma plena integração do ego, a pessoa idosa ultrapassa o período de excessiva centração em si mesmo e passa para um plano de reflexão permanente – sabedoria.

1.3.1. Histórias de vida

As histórias de vida são um produto desta reflexão sobre a vida, desta necessidade de interioridade e podem-se manter até ao final da vida. As histórias de vida possibilitam a reconstrução e análise dos acontecimentos vitais, a sua avaliação e a possibilidade de tirar lições (Staudinger, 2001, cit. in Posada, 2011). As histórias de vida, nas palavras de Posada, permitem criar vínculos com as gerações passadas (pais e avós) para compreender porque somos assim e vínculos com as gerações futuras (filhos e netos) para conservarem a sua história, criando laços com o passado e o futuro. Embora as histórias de vida possam ser elaboradas durante a vida, é na velhice que esta reflexão se torna mais consciente, coerente e aceitável.

Gineste e Pellissier (2008) consideram que a velhice constitui um momento precioso para lançar um olhar sobre o seu percurso, para refletir o sentido da sua vida, para fazer o balanço da sua existência. A forma como as pessoas idosas olham o futuro comprova-o, *“eles falam menos da sua morte do que da sua vida, da sua história e de um futuro que continuarão talvez a viver, no espírito daqueles que os conhecem em tudo o que fizeram e transmitiram”* (p. 134).

Na perspetiva de Grün (2011), as histórias de vida da pessoa idosa fazem-se no recurso às suas recordações, não como quem fica preso ao passado, mas como alguém que torna presente o que viveu. As recordações ajudam a pessoa idosa a recordar-se do seu passado e a aceitar a sua nova situação. É certo que a pessoa idosa também se recorda das feridas e oportunidades perdidas do passado, mas a vida também está repleta de recordações benéficas que são o bálsamo dessas feridas. Importa, por isso, fazer com que a pessoa idosa se recorde do seu passado sem amargura e censura.

Os relatos de vida, contados tantas vezes de forma repetitiva e intensa pelas pessoas idosas, recordam-nos de que elas são semelhantes a todas as outras pessoas mais novas, mas diferentes. Semelhantes, porque todos damos sentido àquilo que vivemos e diferentes, porque as pessoas idosas dão um sentido, que os *“homens novos”* não podem dar, uma vez que ainda não viveram a sua velhice (Gineste e Pellissier, 2008).

1.3.2. A sabedoria

A sabedoria é uma competência que está tradicionalmente conectada com a velhice e que é amplamente referida em alguns livros do Sagrada Escritura como Sabedoria, Provérbios, Ben Sirá e Salmos [e.g. “*Quão belo é para a velhice o saber julgar, e para o ancião o saber aconselhar*” (Sir 25,4)].

Embora a sabedoria não seja exclusiva da idade avançada, Alves (2011) reconhece que o sentido existencial da vida se torna mais apurado com o avançar da idade, ao mesmo tempo que se relaciona com a espiritualidade. E afirma que a partir da sua sabedoria de experiência de vida feita, as pessoas de idade avançada podem ser excelentes educadores dos mais novos. Assim, a sabedoria integra um dos aspectos positivos do envelhecimento.

Barros (2008) considera a sabedoria adquire-se à medida que a idade avança e dá um conhecimento global da vida, despreza-se o acessório e valoriza-se o essencial, gera uma capacidade de discernimento e de aconselhamento, sempre em busca de um maior sentido para a vida e a morte.

Para Posada (2011) a sabedoria é representada como um nível superior de conhecimento, um juízo e um conselho que se aplica a questões importantes e difíceis relacionadas com a vida e seu significado. A sabedoria requer a confluência entre a mente e o carácter, entre o saber e a virtude, uma qualidade que para o ser, continua o autor, deve ser conduzida na edificação do bem para si e para o próximo.

Reconhecendo a importância do conceito de sabedoria de Baltes (Baltes & Staudinger, 2000), como fenómeno cognitivo que se adquire a partir da prática e da experiência e de Ardelt (2003), enquanto transformador da pessoa e que a leva a comportar-se de maneira sábia e em paz consigo mesmo, consideramos que muitos dos nossos idosos são portadores desta nobre arte existencial com capacidade para ativar certos conhecimentos a ela ligados.

1.3.2. A gerotranscendência

O terceiro elemento é a gerotranscendência. Posada (2011), apropriando-se da linguagem de Tornstam¹¹ (1996, 2005), considera que a gerotranscendência supõe que as pessoas de idade avançada, ou algumas delas, transformam a sua maneira de ver o mundo e a vida. Ao alcançar a gerotranscendência as pessoas idosas abandonam uma visão racionalista e prática do mundo, para alcançar outra mais cósmica e transcendente. Os valores espirituais passam a ter mais importância do que os valores materiais. A gerotranscendência para estes autores tem três dimensões: o cosmos, o eu e as relações interpessoais e sociais. No que respeita à dimensão cósmica, as pessoas que alcançam esta categoria da gerotranscendência sentem-se em comunhão com a natureza e o mundo, deixam de ter medo da morte e aceitam os mistérios da sua existência. Na dimensão do eu, descobrem novos impulsos em si mesmos, tornando-se mais altruístas, aceitam as suas limitações e dedicam parte do seu tempo à reflexão e meditação. Na dimensão interpessoal e social, as pessoas gerotranscendentes, procuram viver de modo livre, não se sentem presos a regras sociais, abandonam as relações sociais supérfluas para optar pela prevalência das relações profundas, por momentos de solidão e de encontro consigo mesmo. Embora a gerotranscendência seja uma dimensão onde não abundam muitos estudos, consideramos que ela está muito associada à sabedoria e à história de vida experimentada pelas pessoas idosas. Por outro lado, é comum encontrarmos na terceira etapa da idade avançada uma propensão para fazer uma leitura teológica ou transcendental do fim da vida, recolhendo-se na vivência da sua espiritualidade.

Grün (2011), recorrendo ao psicólogo Fritz Reimann e a socióloga Eva Jaeggi, reconhece que através da transcendência a pessoa idosa transcende-se a si próprio alargando os limites do eu. “*A transcendência tem por objetivo fazer-nos esquecer de nós*

¹¹ Lars Tornstam é um investigador sueco do Departamento de Sociologia da Universidade de Uppsala que deu origem à Teoria da Gerotranscendência, enquanto estágio de desenvolvimento que ocorre nos indivíduos de idade muito avançada e que se caracteriza por novas formas de compreensão da vida. Na pessoa idosa ocorre uma mudança de perspectiva, de uma visão material e racional para uma visão mais cósmica e transcendente, seguida de uma satisfação com a vida. Esta teoria em construção ajuda-nos a olhar para a velhice nos seus aspectos específicos como a espiritualidade ou “sabedoria espiritual” (cf. Jewell, 2014).

próprios, colocando-nos nas mãos de Deus, abrindo-nos ao Senhor da Criação. Ai, sentir-nos-emos n'Ele, amparados por Ele. Nesta medida a velhice acaba por ser um caminho espiritual” (p. 141).

No entanto, o monge beneditino, alerta-nos para o facto de que as pessoas idosas não se tornam automaticamente mais religiosas, também há pessoas idosas que abandonam a sua fé. A fé, a crença, transforma-se com a velhice. A fé deve também ser aceite como um desafio espiritual, uma nova busca nos momentos de dúvidas provocados pelas experiências dolorosas do fim de vida. A fé necessita sempre de novas fundações. Por outro lado, refere o teólogo, as formas de espiritualidade, para a pessoa idosa, deixam de ser importantes. O que conta é o ser e não o método, há como que uma simplificação da espiritualidade e que pode ocorrer de dois modos.

Em algumas pessoas idosas as formas exteriores de espiritualidade vão sendo cada vez mais reduzidas. Já não sabem rezar, não conseguem ir à missa e nem reconhecem as diversas formas de oração. O encontro com Deus realiza-se no profundo dos seus corações. Recorre-se ao silêncio solitário e à meditação. Noutros, o comportamento torna-se diferente, assistem à missa pela televisão, ouvem diariamente o terço na rádio, voltam a rezar as orações de criança, recorrem à oração vivida e sentida na infância. Surge uma nova ingenuidade na oração, confiando profundamente no Deus que os ampara. Os cuidadores ou assistentes espirituais não devem fazer juízos de valor sobre a espiritualidade e o modo de a viver das pessoas idosas. Deve-se, diz-nos o autor, ouvir com atenção o que os move e protege, sendo muitas vezes, um desafio à nossa própria espiritualidade.

Terminamos este tópico recordando que, as pessoas idosas não correspondem a um grupo homogéneo, mas cada um, individualmente, tem a sua personalidade, história e trajetória de vida que são condicionadas por um conjunto de fatores e circunstâncias que tornam a sua existência única e irrepetível.

2. Os “lugares-comuns” do envelhecimento

A velhice é um fenómeno comum e presente no mundo contemporâneo. A cada passo, em qualquer circunstância e lugar encontramos pessoas idosas. A tomada de consciência da visibilidade desta realidade, quanto mais não seja pelo número de pessoas idosas ao nosso redor, nem sempre corresponde a um olhar positivo para com aquele que envelhece. À pessoa idosa facilmente se conota como “velho” assumindo-se, perante este grupo etário, concepções erróneas e estereótipos segregadores. Em consequência, a pessoa idosa assume comportamentos que lhes são impostos, por estas perceções, enfrentando com dificuldade o seu processo de envelhecimento e refugiando-se na solidão e na incapacidade para agir. Esta desvinculação da sociedade é traduzida por Vallespir e Morey (2007) como “*desligamento consentido*”, a pessoa idosa abandona a luta contra estas circunstâncias imprimidas pelo resto da sociedade, ou seja, a resignação passiva ao ser-se “velho”.

Os estereótipos negativos sobre a velhice surgem, quase sempre, associados à concepção de que a velhice traz inevitavelmente incapacidade física e mental, perda de motivação e do interesse pela vida. O facto é que este conjunto de traços negativos não são exclusivos da idade avançada, mas podem ser encontrados em muitos jovens ou adultos (Palacios, 2004). Esta imagem estereotipada da pessoa idosa reduz o grupo das pessoas idosas a um grupo homogéneo, quando na verdade, cada pessoa envelhece de modo e em tempos diferentes.

Não é nossa intenção enumerar, de forma exaustiva, o conjunto de estereótipos existentes na nossa sociedade que levam a uma marginalização da pessoa idosa, mas simplesmente referir os mais comuns, que nos ajudem a compreender a necessidade de olhar a pessoa idosa numa perspetiva holística. Vallespir e Morey (2007) refere como estereótipos, em relação à pessoa idosa, os seguintes: inflexibilidade, pensa-se que são incapazes de se adaptar a novas situações e de mudar a forma de pensar; conservadorismo, acredita-se que a pessoa com mais de 65 anos está agarrada à tradição e tem uma mentalidade conservadora; a velhice como a etapa da desgraça, onde tudo está relacionado com a doença, frustração, desinteresse pela sexualidade e preparação para a morte e a de

serenidade, mantém-se a imagem “*idílica do avô rodeado de netos, feliz, sem nenhuma preocupação e a gozar de férias contínuas*”.

Palacios (2004) na sua tese descreve os seguintes estereótipos negativos percecionados pela sociedade:

i) A fragilidade da pessoa idosa, imposta pela doença e pela incapacidade física. Este estereótipo entra em conflito com a evidência de autonomia e de bons níveis de saúde na maioria das pessoas com mais de 65 anos. Apesar de um elevado número de doenças crónicas, estudos¹² efetuados revelam que muitas pessoas idosas consideram o seu estado de saúde bom, grande parte realiza as suas tarefas diárias sem ajuda e optam por viver em suas casas sozinhos. Baltes e Smith (2003) referem que esta fragilidade se manifesta predominantemente nas idades mais avançadas da velhice.

ii) O isolamento social que deve ser interpretado em duas perspetivas. Por um lado, o isolamento submetido pela sociedade como a saída do mundo laboral, oferta de atividades desvinculadas das oferecidas a outros grupos etários e a criação de infraestruturas exclusivas para pessoas idosas (Vallespir & Morey, 2007). E por outro, o isolamento pela ausência de amigos e de afetos. Pimentel (2005) reconhece que há uma extensa rede objetiva de contactos, apesar da diminuição da densidade¹³ da rede de relações familiares, que a pessoa idosa mantém e dos quais ela pode selecionar um pequeno grupo ou todos, como suporte relacional como são os filhos, netos, sobrinhos, irmãos e alguns amigos, mesmo existindo situações de conflito com alguns dos seus familiares. A este propósito importa ainda referir o papel que as pessoas idosas exercem no seio da família como prestação de cuidados aos netos, particularmente em idade pré-escolar (Vallespir & Morey, 2007).

iii) A conceção da diminuição cognitiva e do aumento dos distúrbios mentais. Alaphilippe e Bailly (2014) refere que algumas faculdades vão diminuindo com a idade,

¹² Palacios (2004) refere-se a trabalhos de investigação de Fernández-Ballesteros, Diez Nicolás y Ruiz Torres (1999) e Bazo (1990). Em Portugal Rodrigues *et al* (2014) realizaram-se um estudo idêntico confirmando que as pessoas idosas portuguesas consideram o seu estado de saúde satisfatório.

¹³ A autora citando Kellerhals (1988) designa como densidade de uma rede, a relação entre o número de eleitos e o conjunto de pessoas potencialmente elegíveis.

enquanto que outras permanecem inalteráveis, como a memória semântica ou memória processual. Em muitos casos, esta diminuição acontece por circunstâncias patológicas.

Magalhães (2012) citando a investigação realizada por Marín, Troyano e Vallejo (2001) aponta para uma mudança significativa da adjetivação negativa aplicada às pessoas idosas desde a década de 90. As pessoas idosas começam a ser percebidas como sábias, serenas e inteligentes, embora surjam aspectos negativos como torpes, inúteis e doentes. Em Portugal, Magalhães (2003 e 2008) realizou dois estudos, no primeiro, a profissionais de enfermagem onde os atributos mais referidos, por ordem decrescente, em relação às pessoas idosas foram: solidão, doença, dependência, limitação física. E no segundo, com estudantes do ensino superior, no distrito de Bragança, revelou uma diminuição da imagem negativa, mantendo-se ainda a percepção de dependência na pessoa idosa.

Para Fonseca (2012) estas falsas ideias e crenças em relação ao processo de envelhecimento facilmente se tornam em estereótipos ou preconceitos para com a pessoa idosa. A conceção cultural de que as nossas capacidades vão diminuindo com a idade são facilmente enraizados e levam facilmente as pessoas a acreditar nelas, podendo mesmo influenciar a longevidade. Estes preconceitos, continua Fonseca, disseminados socialmente favorecem o surgimento de afetos negativos, cognições e comportamentos discriminatórios face às pessoas idosas, tendo como base a sua idade cronológica e dão origem ao fenómeno designado de idadismo.

O termo *ageism* (idadismo) foi introduzido por Butler (1969) como um estereótipo e discriminação contra as pessoas pelo facto de elas serem idosas. Palmore (2001) afirma que este é o terceiro “*ismo*” da nossa sociedade, após o racismo e o sexismo. O preconceito de idade, ao contrário dos outros, abrange todos desde que se viva tempo suficiente, embora não se tenha consciência dessa realidade.

Fonseca (2012, citando Iversen *et al*, 2009) afirma que Butler reformulou a sua definição de idadismo, incluindo: atitudes prejudiciais dirigidas ao processo de envelhecimento das pessoas idosas, e inclusive, as atitudes mantidas entre idosos; práticas sociais discriminatórias como o emprego e as práticas políticas e institucionais (como lares de idosos) que perpetuam as crenças estereotipadas e reduzem a oportunidade de uma vida satisfatória. Palmore (1999) afirma, ainda, que os preconceitos resultam em discriminação

que ocorre no emprego, família, habitação (lar de idosos) e nos cuidados de saúde. Fonseca (2012) termina a sua reflexão, sobre o idadismo, dizendo que este fenómeno não só acontece dos mais novos em relação aos mais velhos, mas fazem com que as pessoas idosas criem uma imagem negativa de si mesmas, conforme as expectativas generalizadas, auto-percecionam-se incompetentes e incapazes.

As pessoas idosas, interpretadas pelos estereótipos, facilmente se marginalizam isolando-se nas suas convicções e espaços habitacionais. Os espaços rurais, pautados pela ausência de jovens, tornam-se frios não favorecendo a integração daquele que vai envelhecendo. A acrescentar a esta realidade, encontramos ainda, uma conceção do envelhecimento centrada apenas na perspectiva física e na consequente redução do papel social das pessoas idosas, o que alimenta “*a conspiração do terror biológico e social*” (Osório, 2007) que provoca o medo de envelhecer.

Associada a esta visão redutora sobre a pessoa idosa integramos ainda o facto de que o número de famílias unipessoais, constituídas por uma pessoa idosa, cresceu significativamente nos dados dos Censos de 2011, em relação aos de 2001. Esta realidade manifesta que as pessoas idosas continuam a ser interpretadas como um “*estorvo*” social e familiar, restando-lhos o apoio social, como o serviço de apoio ao domicílio (SAD) e as estruturas residências para idosos (ERPI), como a única forma de viver os últimos dias da sua vida.

II – As diferentes respostas ao desafio do envelhecimento

A caracterização elencada no primeiro capítulo encerra dentro de si um conjunto de desafios na sociedade como um todo. Daniel Serrão (2010) utilizando a terminologia dos seniores para classificar a idade avançada divide, esta, em três padrões, destacando de modo particular os doentes, dependentes e inativos. Este grupo específico de pessoas idosas, que nós enquadrámos na quarta idade, está em crescimento acentuado e são um desafio à sociedade, às famílias e à ética, enquanto se preocupa com a questão “*o que devo fazer?*”.

Reconhecemos que uma resposta social, a este novo desafio, exige uma base bioética de reflexão, que não se reduz apenas a um puro assistencialismo da pessoa idosa dependente, mas exige uma interpretação integral do outro, onde o seu cuidado se assume como um dever e uma virtude ética. Neste sentido, procuraremos criar os fundamentos filosóficos e práticos para uma ética do cuidado.

Outrora, era a família que cuidava dos seus idosos. Hoje, a prestação dos cuidados de saúde a idosos doentes e dependentes, torna-se exigente perante o contexto social e familiar, dando origem a outro tipo de respostas desenvolvidas pela política nacional, pela contratualização com as Misericórdias e instituições sem fim lucrativos e pela instituições privadas com fins lucrativos. Apresentaremos estas respostas, não como a única resposta, nem a resposta mais desejável, mas a necessária e oportuna que procura valorizar e dignificar o envelhecer, mesmo este tornando-se penoso com a doença e a fragilidade física.

1. Fundamentos bioéticos da resposta social: da ética assistencial à ética do cuidado

O progresso tecnológico a que assistimos no campo da saúde, desde os sofisticados meios de diagnóstico, passando pelos tratamentos inovadores para as doenças como o cancro, SIDA e demência, até às estruturas de acolhimento para os doentes dependentes, nem sempre é sinónimo de cuidar bem. Facilmente encontramos serviços tecnicamente perfeitos, airosos e bonitos, mas sem alma, sem ternura humana. Espaços e ambientes

desencarnados de humanidade. Reconhece-se que o doente e o idoso, é uma pessoa vulnerável a necessitar de tratamento. Existe uma preocupação vincada por aquela pessoa centrada no curar, na diminuição da sua dor física, proporcionando-lhe todos os cuidados necessários ao seu bem-estar e ao equilíbrio vital da sua vida. Em alguns lares não faltam a diversidade de serviços como a fisioterapia, natação, ações culturais, aquecimento, refeições bem condicionadas, pontuando-os como lares de sucesso nas diversas agências de controlo de qualidade. Esquece-se, no entanto, olhar para a história de vida, o contexto familiar, a inquietação da sua alma, a autonomia da decisão, as relações sociais e as crenças da pessoa idosa institucionalizada.

A pessoa institucionalizada é reduzida a um número (os quartos e as camas dos nossos hospitais e lares estão muitas vezes numerados) que é necessário assistir através de cuidados considerados essenciais: limpeza do quarto, higiene pessoal, roupa, medicação, alimentação e a sua deslocação até à sala de convívio ou outros serviços. Os poucos recursos económicos e a conseqüente redução de meios humanos, obrigam a que o cuidado da pessoa idosa institucionalizada seja essencialmente assistencial, restando pouco tempo para o diálogo, para olhar o outro na profundidade do seu ser e para o tornar agente da sua própria vida (cf. Bermejo, 2007 e Prat, 2008).

Gineste e Pellissier (2008) consideram que tem existido um esforço de humanização nas instituições de acolhimento para idosos, sobretudo na humanização dos espaços, tornando-os muito semelhantes às habitações da maior parte de nós e nos serviços oferecidos, mas ainda subsistem fenómenos de assistencialismo como: a organização das atividades, dos cuidados, os horários permanecem definidos em função de critérios económicos e organizacionais, provocando uma uniformização de tratamento; continuam a ser as pessoas idosas a adaptarem-se aos ritmos das pessoas que trabalham nas instituições que os acolhem; a limitação da capacidade de decisão das pessoas idosas; a rotina e a rapidez na elaboração dos trabalhos de assistência; a despersonalização na forma como os cuidados são por vezes realizados e o reduzido número de quartos individuais nestas instituições de acolhimento.

A conceção dos lares de idosos, como espaços onde se realiza um trabalho puramente assistencial, são potenciadores de desumanização no cuidar. Gafo (1996)

reconhece que a desumanização dos cuidados de saúde caracteriza-se pela indiferença ou frieza nas relações humanas, e que facilmente se revestem destas cinco atitudes, as quais adaptamos aos cuidados de saúde prestados em lares de idosos:

i) A transformação da pessoa em objeto, a sua *coisificação*. Os cuidados concentram-se na sua patologia e limitações físicas, prescindindo-se das suas características pessoais e individuais, sentimentos, valores, prazer ou vontades.

ii) A *ausência de calor* na relação humana. Os diálogos são essencialmente ocasionais, não se promovendo uma troca de emoções e sentimentos.

iii) A *impotência e a falta de autonomia*. As pessoas idosas não se sentem protagonistas do seu destino, restringindo-lhes a sua liberdade e individualidade, partilhando o quarto com alguém que não conhecem ou ficando reduzidos ao espaço convívio.

iv) A *negação à pessoa idosa das suas últimas vontades*, inserindo-os numa instituição da qual só sairão, na globalidade dos casos, com a sua morte.

A humanização dos cuidados de saúde, prestada de modo particular às pessoas idosas institucionalizadas, deve partir de alguns princípios que nos tornam atores bioéticos na relação com o outro.

Em primeiro lugar, e como iremos referir no capítulo III, o reconhecimento da dignidade intrínseca de todas as pessoas idosas. A pessoa idosa, institucionalizada sem ou com índices de dependência, não é uma pessoa de menor valor.

Em segundo lugar, o respeito pela sua saúde integral. A velhice não é a antecâmara da morte anunciada no corpo vivo que se vai desfazendo, como defende Vergílio Ferreira (2009), nem podemos restringir a pessoa idosa à sua doença. Olhar a pessoa idosa numa perspetiva integral, no seu todo, em todas as suas dimensões. “*Saber ver o corpo como unidade trinitária, isto é, matéria, espírito e transcendência*” e perceber que a relação do corpo e espírito transcende o próprio corpo, enquanto estrutura material, palpável e temporal (Gomes, 2014).

Em terceiro lugar, o respeito pela liberdade. A pessoa idosa goza de autonomia, embora limitada ao espaço onde vive e num respeito pelos cuidados que lhe são prestados, ela também tem sensibilidade, prazer e poder de decisão.

Por fim, o reconhecimento de que a pessoa idosa institucionalizada é um ser vulnerável a necessitar de cuidados.

A experiência de vulnerabilidade está enraizada em toda a humanidade. O ser humano está exposto à fragilidade e à precariedade: adoece, pode ser agredido, fracassa e morre (Torralba, 2009). A vulnerabilidade não é apenas visível na sua natureza somática, mas em todas as dimensões que compõem a estrutura pluridimensional do homem (psicológica, social, profissional, espiritual...). Esta objetivação da realidade vulnerável da humanidade e da pessoa idosa institucionalizada, na linguagem de Lévinas, obriga-nos moralmente a proteger o mais frágil e depreciable. Para Lévinas (2008) o “*Outro impõe-se como exigência que domina essa liberdade e, portanto como mais original do que se passa em mim*”. O seu “*rosto fala*”, “*o rosto é uma presença viva, é expressão*”.

Brito e Meneses (2010) reconhecem que o Outro para Lévinas são os desprotegidos, o Outro enquanto Outro tem a face ou o rosto do pobre, do desvalido, do estrangeiro e no seu olhar resplandece o olhar destes, na alusão à Parábola do Bom Samaritano. O rosto do desvalido é que faz remover as entranhas do Samaritano disponibilizando-o para servir.

O Outro-vulnerável está ali, chama-me, é anterior à minha liberdade e eu não posso alhear-me desse grito, como se não existisse. O Outro está ali, o seu sofrimento é visível e não lhe posso fugir. Devo-me ao outro, ainda que não o conheça (Torralba, 2006). Contemplando o rosto do outro, não lhe posso ser indiferente, como se não se passasse nada. Quando vejo o rosto do outro (doente, pessoa idosa institucionalizado) devo responder ao seu sofrimento, à sua dor, porque ele precisa de mim. Deixar de o fazer constitui uma desumanidade¹⁴.

Torralba (2006) afirma que o rosto do Outro-vulnerável, no filósofo lituano, constitui o barómetro da minha consciência ética, “*o rosto me chama às minhas obrigações e me julga*” (Lévinas, 2008). Trata-se, continua Torralba, de uma chamada ao coração e que me obriga a cuidar dele, a ser responsável pela sua “*miséria*”.

¹⁴ Diz Lévinas (2008): “*A epifania do rosto como rosto abre a humanidade. O rosto na sua nudez de rosto apresenta-me a penúria do pobre e do estrangeiro*” (p. 208). “*É a minha responsabilidade em face de um rosto que me olha como absolutamente estranho – e a manifestação do rosto coincide com esses dois momentos - que constitui o facto original da fraternidade*” (p. 209).

A ética do cuidado radica na consciência de que tenho uma obrigação moral para com o outro, podendo assumir contornos que contribuam para apresentar o cuidado como um património universal da humanidade¹⁵.

As éticas do cuidado nasceram com o apoio da corrente feminista e numa oposição ao modelo bioético baseado nos princípios universais e da justiça imparcial, oferecendo uma bioética centrada nas virtudes e baseada nas relações comunitárias. A pessoa percebe-se a si mesma e aos outros no contexto de relações e das suas necessidades (Ferrer & Álvarez, 2003).

São vários os autores¹⁶ que desenvolvem os pressupostos para uma ética do cuidado, no entanto, nós optamos, ainda que muito sucintamente, por assumir a conceção da ética do cuidado de Torralba, por considerarmos que é aquela que melhor responde ao objeto do nosso estudo, o cuidar das pessoas idosas institucionalizadas.

Torralba (2006), depois de realizar uma viagem pelos diversos autores como fundamentação¹⁷, desenvolve a sua ética do cuidado distinguindo o essencial, o transcendental e o categorial do cuidado.

No essencial do cuidado, o autor procura identificar a natureza bioética do cuidado, partindo da reflexão filosófica do existencialista Heidegger. O dever ser da ética do cuidado são *deixar que o outro seja e que seja ele mesmo*, assim como *preocupar-se para que o outro seja o que está chamado a ser*.

Cuidar de um ser humano que sofre é *estar-com-ele*. Estar com ele e partilhar as suas alegrias e dores, as suas angústias e expectativas. Cuidar de alguém é reconhecer a existência do outro, é deixá-lo ser, ajudá-lo a ser, preservando a sua identidade, integridade e unidade. Quando o outro sofre e está fragilizado, aumenta a necessidade de velar por ele e de lhe dedicar atenção. Quando a existência humana se vê ameaçada, o cuidar implica

¹⁵ Marta Alonso (2011) na sua tese procura realizar uma viagem pelos diversos pensadores, filósofos e teólogos que desenvolvem uma reflexão sobre o cuidado, com o objetivo de dar razões para apresentar o cuidado como um património universal e um imperativo bioético. Reconhece que a ética do cuidado têm algumas fragilidades pela conotação feminista que sempre lhe ficou associada e pela pouca reflexão bioética, defendendo, por isso, que o cuidado não pode ser uma virtude opcional, mas deve ser incorporado no diálogo bioético e filosófico-teológico sem receios.

¹⁶ Cf. Alonso (2011); Ferrer & Álvarez (2003); Pellegrino & Thomasma (2008); Boff (2005); POZÓN (2011).

¹⁷ Cf. Torralba (2008, p.53-75).

ajudar o ser humano a conservar o seu ser, a sua forma de existir pessoal e singular, não de qualquer forma, nem a qualquer preço, mas garantindo-lhe qualidade de existência. O cuidar torna-se assim uma tarefa constante que não aceita a passividade ou a indiferença, em relação ao outro, mas *pre-ocupar-se* e *ocupar-se* do outro com esforço e dedicação.

Quando o autor fala de *deixar que o outro seja ele mesmo* refere-se a que o cuidar implica velar para que o ser humano seja ele mesmo, para que possa expressar a sua identidade pessoal. Cuidar é preservar o seu ser e não transformar a sua identidade. Este cuidar requer a ideia de autenticidade, ser ele mesmo e ajudá-lo a descobrir essa identidade. Torralba reflete aqui no perigo do paternalismo. Cuidar para que o outro seja ele mesmo, expressando no plano da exterioridade o que sente no interior, e que nada tem haver com o paternalismo. No entanto, há que distinguir dois graus de paternalismo: o paternalismo imposto e o paternalismo reclamado. O paternalismo imposto é ilegítimo e retira a autonomia e liberdade da pessoa idosa. O paternalismo reclamado surge quando a pessoa idosa ou o doente pede para que seja tratado como um filho, quando aquele delega a responsabilidade moral no cuidador. O profissional assume essa responsabilidade procurando cumprir o compromisso moral do bem do paciente. Aqui exerce um paternalismo reclamado pela própria pessoa idosa, mas não imposto.

Por fim, cuidar é *preocupar-se para que o outro seja o que está chamado a ser*. O ser humano é um ser em projeto, um ser inacabado e a sua perfeição consiste em chegar a ser o que está chamado a ser. Isto é, cuidar para que o ser humano possa subsistir no ser, para que possa ser autenticamente o que é e para alcançar a perfeição existencial, colocando todos os meios necessários, interiores e exteriores, para dar corpo a esta chamada. Converter a perfeição em ato. A realização plena implica o exercício do cuidar.

O cuidar tem alguns riscos, um deles consiste em substituir o outro, ocupar o seu lugar. Cada qual tem o espaço natural, o seu lugar e no exercício de cuidar, jamais se pode reduzir o outro a nada sem a sua promoção, autonomia moral ou autenticidade. Torralba utilizando uma linguagem heideggeriana, entende o cuidar como um *“procurar por”* fundado no *“ser-com”*. Neste sentido, cuidar é uma forma de interação pessoal, de relação de um ser com o outro, velando para que o outro se complete e se realize.

O transcendental do cuidado alude ao “fundante”, isto é, aos requisitos ou condições que se devem dar na natureza humana para se poder exercer a arte de cuidar.

A primeira condição requer que no ser humano se realize *dualidade entre possibilidade e necessidade*. Recorrendo a Kierkegaard (1969), Torralba define o homem como uma síntese entre finito e infinito, temporal e eterno, necessidade e possibilidade. No ser humano coexistem a necessidade e a possibilidade. No ser humano existem necessidades que se podem categorizar: físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Embora o homem deva dar resposta a estas necessidades, ele não é apenas necessidade, também é possibilidade, isto é, também há formas de ser e de estar que não se realizam no presente, mas podem acontecer no futuro. Porque tem necessidades, define-se como vulnerável; porque tem possibilidades também se define como livre. O cuidar terá que responder às necessidades e carências humanas e velar para que o homem possa desenvolver as suas possibilidades e capacidades no futuro.

Juntamente com esta dualidade, o cuidador deve ter em conta a dualidade *cosmicidade e caotização*. No ser humano há elementos caóticos corporais como a enfermidade e elementos caóticos na perspectiva interior e interpessoal, psicológica e social, embora na sua globalidade seja um ser ordenado que cumpre as funções fisiológicas, psicológicas, sociais e profissionais. O exercício de cuidar requer criar ordem no meio do caos. Se o ser humano fosse só cosmos, ordem, não existiria a possibilidade de cuidar. A doença e a dependência é uma forma de caotização na estrutura do homem a necessitar de ser ordenada, cuidada.

Para se desenvolver toda a possibilidade, ainda que passe pela experiência do caos, o ser humano conta com três características: a *abertura*, o *encontro* e a *compreensão*. A *abertura* como a capacidade de se abrir ao exterior, dando a conhecer o seu estado de ânimo fundamental no exercício do cuidar. O cuidador entra dentro do doente percebe, antes da fala, o seu estado de ânimo. A *compreensão* passa pela absorção da linguagem verbal e não verbal. O compreender tem efeitos práticos, não procura apenas obter informação do sujeito, mas orientar-se na ação quotidiana. Através do *encontro* o ser humano tem a capacidade de estabelecer vínculos e uma aliança pelo respeito e preocupação mútuos.

A compreensão mútua e o encontro interpessoal só são possíveis porque os seres humanos são interlocutores, comunicam-se entre si. Utilizam a *fala* e o *silêncio* para se expressarem e exteriorizarem. No exercício de cuidar é necessário a articulação entre o silêncio e as palavras. A arte de cuidar radica na capacidade de estar calado quando o idoso doente requer e falar quando ele o deseja.

Na prática do cuidado é fundamental que o cuidador crie espaço para a escuta das narrativas de vida do doente. Pela escuta, o cuidador é capaz de se colocar na pele da pessoa idosa ou do doente compreendendo a sua identidade. O relato biográfico tem um efeito curativo, reconcilia o doente consigo mesmo e abre a compreensão do cuidador, sobretudo nos momentos de enfermidade, sofrimento ou perda. Cuidar implica conhecer, para se respeitar os valores daquele que se cuida e ajudá-lo na decisões bioéticas.

Associado ao silêncio encontramos o *mundo do simbólico*. Para compreender o doente, a pessoa idosa, não basta compreender o que ele diz, mas compreender os símbolos que utiliza, reflexo da sua cultura e religião.

Por fim, Torralba destaca também o *espiritual*. No exercício de cuidar, o cuidador não se deve limitar à exterioridade do ser humano, mas procurar estar atento à realidade espiritual, à linguagem simbólica do religioso. Esta é uma manifestação da realidade mais profunda e interior do doente e da pessoa idosa que revela sentimentos e preocupações no que se refere ao presente e ao futuro. O sentido existencial de muitos doentes passa pela sentir espiritual e religioso. Se nos alheamos, no exercício do cuidar, da vertente espiritual ou religiosa do doente, desprezamos a questão existencial do doente, que na experiência do sofrimento assume, quase sempre, contornos de alívio e de cura.

Por fim, descreveremos o categorial do cuidado, isto é, as linhas que caracterizam a ação prática do cuidar. São orientações bioéticas, porque descrevem o que se deve fazer quando se cuida. O cuidado é um meio, não é um fim, é um “*nível de excelência que medeia para que o individuo recupere a saúde, diminua ou elimine a sua dor*”. (Alonso, 2011).

Torralba segue G. Brykczynska e enumera como linhas categoriais o *tato*, a *escuta* e o *sentido de humor*.

O *tato*, interpretado em sentido literal e metafórico, como fundamentais para o exercício do cuidar. Não há cuidado, sem proximidade, sem contacto epidérmico. O cuidado não pode ser exercício de modo virtual, nem à distância, é presencial. Em sentido literal, o tato caracteriza-se por tocar, acariciar a sua cara, as suas mãos, numa atitude de respeito e atenção pelo doente e pessoa idosa. Em sentido metafórico, significa estar em determinado sítio e em determinada circunstância sem incomodar. Ter tato é saber dizer, saber estar, saber calar, saber sair em determinado momento ou circunstância.

A *escuta* é prioritária na arte de cuidar. É uma tarefa difícil, uma coisa é estar diante do doente de modo estático e outra é mostrar interesse por ele, que não é simplesmente escutar com atenção. Escutar implica que o cuidador se esvazie dos seus preconceitos, argumentos ou história de vida. Escutar atentamente é uma tarefa bioética que revela a importância do outro, a transcendência do outro e quando o outro é atendido e escutado realiza-se a experiência bioética. Escutar implica vontade, disponibilidade, humildade de abrir-se e de deixar que a voz do outro me toque. Escutar é uma virtude ética, no sentido aristotélico, um hábito¹⁸ que ao cultivar-se transforma positivamente a pessoa e a sociedade. Escutar requer diálogo, um que diz e outro que escuta.

O *sentido de humor* é fundamental na vida como na doença. O verdadeiro humor só é possível pela seriedade. Quando o ser humano assume os seus limites e possibilidades, e as aceita como tais, então é capaz de rir-se dos seus defeitos e de os exteriorizar sem complexo. O excesso de seriedade não é humano, mas também o não é o excesso de humor. O humor não é gozo, nem chacota. Durante a doença ou a institucionalização há momentos para a seriedade e para o humor, cabe ao cuidador ter tato para os decifrar, inserindo-se na narrativa de vida do que cuida.

Torralba só desenvolve esta ética do cuidado, porque a alicerça nos seguintes elementos constitutivos que são as virtudes da compaixão, competência, confiança e consciência refletidos por G. Brybczynska¹⁹. Estas são as virtudes básicas que se requerem no exercício da arte do cuidar. Não são princípios, nem pontos de partida, mas hábitos

¹⁸ Cf. Aristóteles (2009), EN 1103b.

¹⁹ Cf. Torralba (2006: 85-95)

pessoais e profissionais que se exigem na tarefa de cuidar e que criam simetria e harmonia entre cuidador e doente, entre a doença a ser tratada e a pessoa a ser cuidada.

2. A resposta sociopolítica

O fenómeno do envelhecimento torna-se um problema e conseqüentemente uma oportunidade para a reflexão social, política e ética a partir do século XIX, pois até então eram poucos os que chegavam à velhice e necessitavam de cuidados. Aqueles que ultrapassavam este limiar eram protegidos pelos seus familiares ou, na ausência destes, entregues à caridade dos vizinhos e das instituições religiosas. Quando estas hipóteses eram nulas, ao idoso doente, restava-lhe a mendicidade e uma morte envolta de miséria.

Jacob (2012), refere que em Portugal existiam, nos finais dos séc. XV, estabelecimentos vocacionados para a assistência social, associados às ordens religiosas ou militares que ofereciam apoio à pobreza e à doença. O autor enquadra-os em quatro tipos: Albergarias, Mercearias (instituições religiosas com a obrigação de fazer o bem pela alma ou saúde de alguém); Hospitais (como hospedarias para os pobres) e as Gafarias ou Leprosarias geridas pelas Misericórdias.

A revolução industrial traz consigo a progressiva melhoria das condições de vida, o aumento da esperança média de vida e o nascimento dos primeiros operários que chegam a velhos. Estes, incapazes de produzir e de garantirem a sua própria subsistência, provocam a proliferação dos asilos como resposta à emergente situação de precariedade (Pimentel, 2005).

Os esquemas de proteção social e a conceção do “*Estado de bem-estar*” (Osório, 2007) surgem e desenvolvem-se na Europa, no final da Segunda Guerra Mundial com a obrigatoriedade dos seguros e o nascimento dos sistemas de segurança social. O Estado assume um papel cada vez mais ativo e interventor, criando e apoiando a criação de bens e serviços para a população carenciada e para as pessoas idosas em particular (Pimentel, 2005).

Em Portugal, até ao final da década de 60, os problemas da população idosa não foram objeto de uma política social específica. Na opinião de Jacob (2012) só em 1969, com a realização do seminário “Políticas para a Terceira Idade”, surgem as bases para as futuras políticas sociais do estado para a terceira idade. Em 1971, é criado o serviço de “Reabilitação e Proteção aos Diminuídos” que substitui o “Instituto de Assistência aos Inválidos”. E será em 1976, pela nova Constituição, que se consagra o direito à Segurança Social e surge, pela primeira vez, o termo Instituição Particular de Solidariedade Social – IPSS, dando origem à Ação Social do Estado.

Veloso (2008), na análise que realiza sobre a política social de Portugal para a terceira idade, estabelece três períodos distintos. O período de 1976 a 1985 é um período da rutura da conceção de velhice, herdada do século XIX. A alteração mais visível “concretiza-se na transformação dos asilos em lares e na emergência de serviços e instituições para a terceira idade”. As pessoas idosas são vistas como ativas e autónomas e defende-se a manutenção da pessoa idosa na sua residência pela criação de condições, para que possam ser integradas socialmente através de atividades culturais e recreativas. Criam-se os Centros de Dias, Apoio ao Domicílio e Centros de Convívio. Neste período, são criados 306 centros de dias e 106 centros de convívio.

No segundo período, 1985 a 1995, designado por Veloso como o período de crise do Estado-providência, reforça-se a política de manutenção da pessoa idosa no domicílio e a política de redução das despesas por parte do Estado. Esta política “*caracterizou-se por uma transferência de serviços públicos para o setor privado, como se verificou no âmbito da saúde, sendo que essa transferência também se traduziu em incentivo, apoio, financiamento e até na criação de instituições sem fins lucrativos que intervêm na ação social, principalmente na área da terceira idade e do apoio a deficientes*” (Santos, 1993, cit. in Veloso, 2008, p. 6). Com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia, o Primeiro Programa Comunitário de Apoio às Pessoas Idosas, entre 1991-1993, e no contexto do Ano Europeu do Idoso e da Solidariedade entre Gerações, em 1993, é criado em Portugal, em 1994, o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), com o objetivo de: criar condições para que a pessoa idosa se mantenha no seu domicílio através da disponibilização de diferentes serviços de natureza permanente e urgente; dar apoio às

famílias que cuidam de familiares dependentes como as pessoas idosas; promover e apoiar ações de formação, quer inicial, quer em exercício dos profissionais, voluntários, familiares ou outras pessoas da comunidade; por último, visava prevenir o isolamento, a exclusão, a dependência, concorrendo para a solidariedade intergeracional e para a criação de postos de trabalho. Com este Programa foram também promovidos os projetos: passe para a terceira idade, serviço de teleassistência, serviço de apoio domiciliário, centro de apoio a dependentes, formação de recursos humanos e saúde e termalismo.

O período de 1995 a 2002 é caracterizado por Veloso, como o período sob o paradigma “*dos idosos como consumidores*”. Mantém-se uma política de manutenção das pessoas idosas na sua residência e continua-se a promover e a apoiar projetos que respondam às diferentes necessidades vividas pelos mais dependentes, sendo criado o “Programa Idoso em Lar” (PILAR) e o “Apoio 65 – Idosos em segurança” um programa de policiamento de proximidade aos idosos isolados. As pessoas idosas passam a ser vistas como potenciais consumidoras com serviços exclusivos para idosos: turismo e residências tipo hotel. Criaram-se, em 1995, o “Programa de Turismo Sénior” e o “Programa de Saúde e Termalismo”, financiados pelo PAII e geridos pelo INATEL.

No período de 2002 até à atualidade, para António (2013), os programas implementados pelo Estado têm procurado criar condições de maior autonomia para as pessoas idosas, prevenção de situações de dependência e de institucionalização, de pobreza e de exclusão social, como também a preocupação para que a permanência no domicílio tenha a maior duração. Alguns destes Programas, não sendo exclusivos para pessoas idosas, são aplicáveis em situações que se enquadrem no grupo de risco. Exemplo destes programas são: em 2005, o Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE) para grupos em situação de exclusão, marginalização e pobreza persistente; em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que presta cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência; em 2007, o Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI) que permitiu a melhoria das condições básicas de habitação e mobilidade dos idosos que usufruíam de Serviço de Apoio ao Domicílio ou Centro de Dia; em 2008, Contratos Locais de Desenvolvimento Social

(CLDS) no combate à pobreza persistente e à exclusão social em territórios deprimidos ou envelhecidos em consequência da crise económica.

Atualmente a Carta Social e o Serviço de Segurança Social disponibilizam as seguintes respostas sociais às pessoas idosas: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Convívio; Centro de Dia (CD); Centro de Noite, Acolhimento Familiar de Idosos, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos e a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Esta breve apresentação das diferentes formas de apoio formal, no âmbito da ação social de que as pessoas idosas podem usufruir, conduz-nos ao objeto de interesse do nosso estudo, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, onde se incluem os lares de idosos. A Portaria nº 67/2012 foi criada pelo XIX Governo Constitucional no contexto do Programa de Emergência Social (PES). Este Programa previa a alteração e simplificação das respostas sociais às pessoas idosas adaptado à realidade nacional e ao cenário de contenção económica, reconhecendo como fundamento o *“valor incomensurável da dignidade humana ao impor uma preocupação com o auxílio aos mais vulneráveis, com uma atenção especial sobre os idosos”*.

A estrutura residencial destina-se à habitação de pessoas com mais de 65 anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança não podem permanecer na sua residência, podendo ainda proporcionar alojamento em situações pontuais de impedimento ou necessidade de descanso do cuidador. O acesso a pessoas com idade inferior a 65 anos deve ser uma exceção e devidamente justificado (Artigo 5º da Portaria 67/2012). A estrutura residencial deve: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social (artº 3).

Destacamos, ainda, os serviços legislados da mesma Portaria, e que devem ser desenvolvidos nas estruturas residenciais, alimentação, cuidados de higiene pessoal, tratamento da roupa e limpeza dos espaços, cuidados de enfermagem e administração de fármacos, apoio às atividades diárias e atividades de animação, sociocultural e lúdico-

recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das capacidades físicas e psíquicas. A estrutura residencial deve também permitir a convivência social com residentes, familiares, amigos e cuidadores; participação dos familiares no apoio ao residente contribuindo para o seu bem-estar e equilíbrio psicoafetivo e a assistência religiosa sempre que esta é solicitada (artº 8).

No relatório da Carta Social (2014) sobre a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) são contabilizadas cerca de 5500 entidades proprietárias de equipamentos sociais, das quais 70% são entidades não lucrativas e destas 65% são IPSS.

No período de análise de 2000-2014, o relatório da Carta Social regista um aumento de 38% de resposta sociais dentro da RSES, por sua vez as respostas dirigidas às pessoas idosas, registam um aumento de 49%. As respostas dirigidas às pessoas idosas representam 45% do número total de respostas da RSES. O aumento de respostas para pessoas idosas, no período de 2000-2014, com o número aproximado de 2500 novas respostas, 68% constituem o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e 33% as Estruturas de Residências Para Idosos (ERPI), sendo que os concelhos do interior registam o maior crescimento. Por fim, o relatório regista que a taxa de ocupação da ERPI é de 91,5%, o SAD (73,9%) e o Centro de Dia (66%). Observamos que o ritmo de crescimento das ofertas de SAD não é acompanhado pela procura revelando uma diminuição da sua utilização (Carta Social, 2014).

O contexto social e político promove amplamente estruturas de apoio às pessoas idosas. Embora se privilegiem os apoios realizados na residência do próprio idoso, empurrando a institucionalização para as pessoas idosas mais velhas, estes nem sempre são a resposta mais procurada. A diminuição da taxa de ocupação do SAD e o aumento da taxa de ocupação das ERPI paralelamente à oferta, permite-nos afirmar a tendência prática generalizada para se entregar a responsabilidade para cuidar dos nossos idosos às estruturas e cuidadores formais. A política de envelhecimento não deve ficar tão só nas “*políticas de velhice*” pela edificação de programas, medidas e equipamentos sociais. Uma mudança de paradigma torna-se urgente, perspetivando a pessoa idosa com um todo, ainda que com um processo de envelhecimento individual, de forma a que se promova a vivência

de uma ética do cuidado integral da pessoa idosa e que envolva toda a sociedade: Família, Escola, Estado, reflexão bioética e Igreja.

1.1. A família

A Família é a base da sociedade. É na família que se nasce, cresce e se vivenciam a as primeiras manifestações do envelhecimento, com a presença assídua dos progenitores mais velhos. A família é um espaço de interação e relação, onde cada membro ocupa uma determinada posição e estatuto: marido, esposa, filho, irmão... Às famílias é-lhes pedido que desempenhem determinadas funções para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às necessidades e expectativas da sociedade. Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) destacam como funções da família: geradora de afetos, proporcionadora de segurança e aceitação pessoal; proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade; promotora da continuidade das relações; proporcionadora de estabilidade e socialização; às quais se deve acrescentar a função básica de proteger a saúde dos seus membros e de dar apoio e resposta às necessidades básicas em saúde, ao longo de todo o ciclo vital da família.

A conceção tradicional de família, em volta da procriação e educação dos filhos e na centralidade da mãe e esposa como única responsável por todos os cuidados dos seus membros, é hoje bem diferente. As famílias revestem-se com novos estilos de vida tolerados pela sociedade, observando-se frequentemente a existência de famílias monoparentais, famílias reconstituídas ou em uniões de facto, coexistindo cruzamento de filhos e avós. Esta realidade terá necessariamente consequências na forma de assegurar os níveis de saúde de cada um dos seus membros, atendendo ao facto de que novos projetos de vida são instituídos.

As autoras Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) reconhecem que esta constatação não significa que as redes de solidariedade familiar deixem de existir mas, por diversas dificuldades como a distância geográfica e a valorização do bem-estar individual, tornam-se diferentes. Cuidar de um familiar idoso não é tarefa fácil, é um percurso árduo que exige

uma mudança dos hábitos familiares e com uma profunda alteração na vida do cuidador, gerando muitas vezes tensão e angústia (Imaginário, 2002). As pessoas idosas dependentes requerem uma constante vigilância e a realização de atividades diárias como refeições, higiene, idas ao médico, medicação, alterando profundamente o sonho da harmonia familiar.

São José, Wall e Correia (2002) reconhecem, que apesar de um crescente aumento da taxa de atividade feminina, esta não se traduz numa redução da responsabilidade das mulheres pelas tarefas domésticas e pelos cuidados das crianças e idosos. A mulher acaba por acumular várias tarefas continuando a ser, a participação dos homens, pouco relevante. A desigualdade na repartição das tarefas domésticas e dos cuidados a pessoas dependentes entre homens e mulheres, no mapa português, continua a ser o traço mais característico, apesar de coexistir nos casais portugueses uma orientação para a divisão simétrica do trabalho. À mulher, cabe em definitivo, a responsabilidade de cuidar da família acumulada com a atividade profissional. Esta realidade provoca algum desequilíbrio na estrutura familiar, uma sobrecarga nas mulheres e uma diminuição da qualidade de tratamento nas pessoas idosas dependentes. As ofertas dos equipamentos sociais, muito à custa do terceiro setor (privado não lucrativo) tanto para idosos como crianças, assim como os benefícios sociais, apesar das medidas implantadas, são ainda insuficientes no apoio às pessoas idosas e respetivas famílias.

Neste contexto, os mesmos autores, identificam dois perfis de prestação de cuidados a pessoas idosas no seio da família. Um perfil familiar, caracterizado por uma centralização da prestação de cuidados na família da pessoa idosa dependente sem o recurso exterior à rede de parentesco. E um perfil misto, caracterizado pela combinação de vários tipos de prestadores de cuidados, em que se conjugam cuidados prestados pela família com cuidados prestados por cuidadores exteriores à rede familiar.

Importa ainda referir que a presença de pessoas idosas no contexto familiar, não se caracteriza apenas pela sua condição de “*recetores de ajuda*”, mas podem também assumir um papel de “*cuidadores e provedores de suporte social*”, isto é, a pessoa idosa é também um produtor e não apenas um consumidor. As autoras Pimentel e Albuquerque (2010) reconhecem que esta experiência positiva não tem merecido grande relevo na investigação.

Na verdade, continuam as autoras, quando as pessoas idosas são integradas em rede de entreaajuda, revelam-se como um alicerce fundamental na sustentação da família, tais como: ajudas financeiras, apoio emocional, os cuidados dos netos, a provisão do alojamento, realização de atividades domésticas, assim como a transmissão de valores e saberes. O facto é que muitos dos avós são um fator de equilíbrio, atenuando a desagregação das famílias nucleares contemporâneas, e na defesa da transmissão de valores tradicionais como a solidariedade, partilha, respeito e dedicação.

1.2. A institucionalização

Todos necessitamos de uma família, ela é o espaço favorável para a troca de sentimentos, alegrias, dores e sofrimentos. Esta necessidade assume-se também na velhice. À pessoa idosa deve-lhe ser dada a oportunidade de “*envelhecer juntos*”, como reflete Grün (2011), em família, com o seu cônjuge, estabelecendo relações de proximidade com os mais jovens e a comunidade. O envelhecimento não diz respeito apenas às pessoas idosas, mas a todos nós. No outro que envelhece reconhecemo-nos a nós próprios, visualizamos o nosso próprio envelhecimento. Os lares estão hoje também voltados para esta sensibilidade, são construídos como comunidades, encorajando as pessoas idosas a assumir, esta nova comunidade, como uma família. Os lares são a oportunidade para que as pessoas idosas, sem suporte familiar, vivam os últimos dias da velhice numa proximidade identitária com a família.

As políticas sociais, como já referimos, apontam para que a institucionalização dos idosos seja a última resposta. Os programas criados pretendem promover o envelhecimento da pessoa integrado no seu contexto social, através de várias iniciativas ou respostas: centros de dia, SAD, cuidados de saúde continuados integrados, universidades seniores e atividades de lazer e recreativas promovidas pelas autarquias ou juntas de freguesia. Na realidade, estes programas contribuem para um envelhecimento bem sucedido, impedindo o isolamento e auxiliando as famílias no cuidar dos seus idosos. Apesar do papel da família continuar a sofrer profundas transformações, provocadas pela entrada e a afirmação da

mulher no mundo do trabalho, o aumento das taxas de divórcio, o aumento de número de nascimentos fora do casamento (Fernandes, 1997), as taxas elevadas de desemprego e a consequente necessidade de deslocação dos mais jovens para o litoral ou estrangeiro, a família ainda é, na sociedade portuguesa e na Diocese de Lamego, a instituição que tradicionalmente cuida dos seus idosos. Como diz Guedes (2014), é na família que a maior parte das pessoas idosas procura apoio para solucionar as suas necessidades afetivas e instrumentais. No entanto, o papel da família como o único suporte de bem-estar da pessoa idosa, no atual contexto social, está comprometido. A família nem sempre consegue disponibilizar tempo, condições humanas e físicas de bem-estar para os seus idosos. As respostas sociais, desenvolvidas pelos diversos atores públicos e privados, complementam a prestação de cuidados oferecidos pela família, mas quando a família ou vizinhos se ausentam, à pessoa idosa resta-lhe o isolamento, interrompido pela visita de algum apoio social, ou a institucionalização. Os apoios domiciliários, ainda que em crescimento, são assim uma resposta insuficiente e pouco pretendida, continuando os lares de idosos a ser a resposta social mais procurada.

Na linguagem de Pimentel (2005), a institucionalização surge para a família ou para os idosos sem família como a última alternativa, quando todas as outras são inviáveis. A autora considera, ainda, que a dependência física, a perda de autonomia, os problemas de saúde e o isolamento integram os principais fatores para a decisão de internamento do idoso. Na nossa perspetiva, e no contexto geográfico do nosso estudo, o isolamento é apontado como o principal fator na decisão das famílias pela institucionalização dos seus idosos. Neste isolamento integramos a falta de condições de acesso físico para a prestação do SAD, a inexistência de vizinhos próximos, a viuvez e os poucos recursos económicos de alguns dos idosos.

Os lares de idosos, não devendo ser a primeira resposta social, são uma resposta necessária. Nem sempre a manutenção da pessoa idosa na sua casa, ou na casa do seus filhos, é a melhor solução. O grau de dependência e a necessidade de cuidados específicos são fatores que pesam no seu internamento e manifestam o respeito pela dignidade e vulnerabilidade da pessoa idosa. Os lares não são um mal, como tão bem referem Gineste e Pellissier (2008), “*não é um mal desejar continuar a trabalhar e a ter prazer, quando uma*

pessoa da nossa família se vê confrontada com a doença ou com a insuficiência. Não é mal refletir com essa pessoa sobre a possibilidade de uma vida em instituição, se é aí que o seu conforto, a sua qualidade de vida e a preservação da sua saúde podem ser melhor assegurados” (p. 73).

Carrajo (1999), citado por Pereira (2012), considera que a institucionalização provoca na pessoa idosa um intenso processo de desconstrução e de construção de novos papéis sociais. A pessoa idosa passa por uma fase de adaptação e de integração, após o corte das relações com a sua comunidade, amigos e família. No lar de idosos terá que estabelecer novas amizades e afetos, adaptar-se a novas regras e ocupações. É um período de uma profunda alteração identitária e nem sempre bem conseguida, sendo expectável e compreensíveis, receios, amarguras e resistências por parte da pessoa idosa (Pereira, 2012). Cardão (2009) refere, ainda, o aparecimento de alguns medos nas pessoas idosas institucionalizadas, tais como de ser maltratada, desrespeito pela integridade física e psicológica, abandono familiar, funcionários e perda de liberdade. A família, em oposição, considera que a pessoa idosa terá mais espaço para conviver, melhores cuidados de saúde e sentir-se-á mais acompanhada.

Na verdade, a institucionalização traz uma conotação negativa generalizada nos países da Europa, como refere o Relatório Económico e Social, *“É verdadeiramente raro que o internamento seja encarado como um projeto de vida; raramente escolhido, mas aceite como último recurso, ele é frequentemente o último elo de um encadeamento de fracassos sociais. Curiosamente, mesmo quando a qualidade de um estabelecimento é fonte de um bem-estar real, a aversão persiste”* (1994, p.46). Esta pressão é sentida pelas famílias, sobretudo aquelas que vivem em zonas rurais, condicionando a opção pelo internamento dos seus familiares idosos e empurrando a decisão para quando se esgotam todas as alternativas, que tornam impossível cuidar dignamente do seu progenitor no contexto domiciliário. O mesmo relatório considera ainda *“que os países da comunidade tendem a aumentar, desde há vários anos, a sua capacidade de acolhimento permanente”*, por um lado, devido à pressão demográfica e, por outro, pelos problemas colocados pela prestação de cuidados aos dependentes. Em países com elevadas carências no setor de serviços no domicílio e sem uma política geronto-social com respostas mais eficazes, como

em Portugal, Espanha e Grécia, o aumento da tendência para o acolhimento coletivo dificilmente se reverterá (Relatório Económico Social, 1994). Reconhecemos que nos últimos anos se tem promovido políticas de apoio para retardar a institucionalização, mas estas não têm acompanhado a melhoria de condições físicas da generalidade dos nossos idosos, das suas famílias e vizinhos, tornando-se assim, em muitas situações, insuficiente e limitado o serviço de apoio à permanência da pessoa idosa em suas casas.

Os lares de idosos proliferaram um pouco por todo o país. Na Diocese de Lamego existem 56 instituições com a resposta social de lar de idosos. Tornam-se assim, espaço habitacionais permanentes, onde uma pequena percentagem de pessoas idosas terminarão os últimos dias da sua vida. O idoso institucionalizado não deixa de ser pessoa e necessita de ser interpretada numa perspetiva integral, por vezes difícil de realizar, no contexto de uma comunidade de massas e fragilizada como são as dos lares de idosos.

Pimentel (2005) salienta que muitos destes equipamentos e seus cuidadores não estão preparados para proporcionar às pessoas idosas um serviço individualizado, que respeitem a personalidade, privacidade e modos de vida²⁰. A obrigatoriedade de horários, as normas restritas da própria instituição, os poucos recursos económicos das instituições sociais para a admissão de recursos humanos diversificados, o estereótipo de que as pessoas idosas são todas iguais, a limitação dos espaços físicos, a centralização das atividades em dias festivos ou comemorativos, a falta de sensibilidade e de formação dos agentes institucionais para com a especificidade de cada pessoa, conduzem a uma desvalorização do cuidado integral da pessoa idosa. As respostas das instituições e seus cuidadores limitam-se às prioridades físicas e fisiológicas como alimentação, vestuário, alojamento, cuidados de saúde e higiene.

A Associação Europeia de Diretores de Instituições de Idosos (EDE), realizou em setembro de 1993, um encontro europeu para refletir nas consequências da

²⁰ Goffman (1994) desenvolve no seu livro “Manicómios, prisões e conventos” um estudo sociológico sobre o mundo do internado num hospital de psiquiatria desenvolvendo o conceito de “*instituição total*”, advertindo que todas as instituições criam barreiras fechando-se ao exterior desenvolvendo no eu do internado transformações pessoais e sociais em certa medida idênticas às vividas nos lares de idosos como a rigidez dos horários, rotinas, a implementação de regras, as necessidades humanas controladas pela instituição e a distância social entre internados e cuidadores.

institucionalização dos idosos, no qual surgiu um documento denominado - Carta Europeia dos Direitos e Liberdades do Idoso Residente em Instituições²¹ - com o objetivo de reprimir as consequências negativas e definir algumas diretivas de funcionamento, tais como:

- Promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição;
- Manter a autonomia da pessoa idosa;
- Favorecer a livre expressão da sua vontade;
- Favorecer o desenvolvimento da sua capacidade;
- Possibilitar liberdade de escolha;
- Garantir um ambiente de aconchego na instituição como na sua própria casa;
- Respeitar a privacidade;
- Reconhecer o direito da pessoa idosa aos seus próprios pertences, independentemente da sua limitação;
- Reconhecer o direito da pessoa idosa a assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme a sua escolha;
- Respeitar a manutenção do seu papel social;
- Garantir acesso ao melhor cuidado, conforme o seu estado de saúde;
- Proporcionar cuidado integral e não apenas médico.

Os lares devem ser promotores de cuidado integral. Oferecendo qualidade de vida, velando pelo aspeto físico da higiene e dos cuidados, mas também olhando a pessoa no seu todo, com zelo, carinho, dedicação e compaixão. Cuidar da pessoa idosa deve deixar de ser um ato, para se assumir como atitude que entende e valoriza a componente biológica,

²¹ Esta Carta Europeia (*European charter of the rights and freedoms of elderly people accommodated in homes*) regista o compromisso que os diretores de lares de idosos assumem de respeitar e defender os princípios dos direitos humanos em lares e de promoverem uma política europeia comum de gerontologia. Os estudos de Almeida (2008), Neves (2012) e Barreiro (2013) fazem-lhe referência e a Carta encontra-se disponível: <http://www.ede-eu.org>. Uma versão final com o título de *European Charter of rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance* foi publicada em 2010 e está disponível em: <http://www.age-platform.eu>.

social, afetiva, ética, religiosa e espiritual do idoso institucionalizado, ainda que este esteja debilitado na sua saúde.

III – A ação hodegética da Igreja

O problemática do envelhecimento e consequente resposta, que todos somos chamados a integrar nas nossas vida, é também um desafio para a Igreja.

A Igreja sempre esteve preocupada com a felicidade de todo o ser humano, num respeito por todas as liberdades (afetiva, psicológica, social, económica, religiosa) e numa dogmática promoção da dignidade humana. O papel da Igreja não se reduz a uma reflexão teórica da teologia do amor ou da saúde e muito menos do sofrimento. Ela tem efeitos práticos, que a impulsionam a sair do seu espaço físico e temporal, para invadir a fragilidade, a dor, o sofrimento e as limitações da pessoa humana, numa tentativa de lhe devolver a saúde e a salvação. Esta é a ação que designamos por hodegética da Igreja. Uma ação que parte do envio anunciado por Cristo, num exercício do Amor e da Misericórdia, apresentando uma Pastoral preocupada com a humanização de todos, no anúncio do evangelho para os que se deixaram tocar por Cristo e na administração dos sacramentos para os crentes.

Apresentamos, por isso, a ação prática da Igreja no campo da Saúde, concretizada pela Pastoral da Saúde. A Pastoral da Saúde tem também preocupações éticas, integra na sua ação uma ética do cuidado, voltada não só para o que sofre, mas também educando e promovendo a saúde para os sãos e os agentes de saúde. A experiência da Pastoral da Saúde e a sua ação são um contributo para a reflexão ética do cuidar.

Neste contexto, iniciaremos este capítulo com uma reflexão teológica sobre liberdade e dignidade humana e uma descrição das ações sociais desenvolvidas pela igreja no campo da saúde. De seguida, apresentaremos as características e fundamentos da Pastoral da Saúde. No final, após a fundamentação teológica da Pastoral da Saúde, refletiremos na fundamentação bioética da Pastoral da Saúde, enquadrando a Pastoral da Saúde numa reflexão bioética do cuidar.

1. A liberdade e dignidade humana

A pessoa humana, enquanto obra querida e amada por Deus, é a preocupação primeira de toda a ação da Igreja. Onde está o homem, aí deve estar a Igreja numa atitude de acolhimento, ternura, compaixão, perdão e amor. A Igreja é uma comunidade de fé e de serviço. Aproxima-se de todos e, de modo particular, do que sofre, transmitindo-lhe a felicidade e restituindo-lhe a alegria. A Igreja não existe por e para si mesma, é para o mundo, é para a humanidade reconhecida como o Povo de Deus. A *Lumen Gentium* (n. 9) limita as características e as condições fundamentais deste Povo de Deus, e que de algum modo, contribui para a conceção atual de Igreja. Um Povo cuja dignidade e liberdade são princípios fundantes. Cristo quer reunir um Povo, onde a dignidade e a liberdade sejam respeitadas, vividas e defendidas. Esta perspetiva encontramos-la, com traços bem vinculados, em todas as páginas do Evangelho e resumida no mandamento do Amor.

A liberdade permite-nos que sejamos nós os protagonistas e os responsáveis pela nossa narrativa de vida, ao mesmo tempo que colaboramos na dos outros. A liberdade conduz à solidariedade, a olhar para outro, a integrar o seu rosto nas minhas decisões. A liberdade implica uma escolha pela verdade e bem, não só o bem em si, mas o melhor bem.

A liberdade ainda que brote no fundo de nós mesmos, e por isso tem uma vertente pessoal, ela revela-se na intervenção da ação social e na dádiva da partilha pelo amor para com o outro. A conceção cristã de liberdade permite-nos perceber que esta não é plena, no aqui e agora, mas tem uma dimensão escatológica, a sua suprema realização é concretizada na vida eterna. A nossa filiação divina abre-nos à liberdade do outro num amor solidário e fraterno, responsável e misericordioso. Esta liberdade deve ser assumida e integrada como liberdade afetiva, económica, social, política e religiosa.

Na mesma linha de pensamento, surge o respeito e a promoção da dignidade humana. O princípio ético da dignidade, tem as suas raízes na teologia da criação, o ser humano é criado à imagem e semelhança de Deus. O teólogo jesuíta Martínez (2008) sublinha que o milagre da Criação nos leva a Jesus Cristo, porque Ele é a imagem de quem nós somos imagem, no Filho somos filhos e irmãos. Nele fomos criados. A Morte e Ressurreição de Jesus abre-nos ao sofrimento do mundo atual, movendo-nos para a

solidariedade, para trabalharmos no alívio do sofrimento e a superar as suas causas. Esta conceção da pessoa, continua o autor, ajuda-nos a compreender a centralidade da dignidade humana e a reconhecê-la como fundamento ético.

Martínez (2008) oferece-nos, pela centralidade da dignidade humana, alguns tópicos para a construção de uma bioética, dos quais apenas referimos os que se enquadram no contexto do nosso estudo:

i) defesa e promoção de uma ética consistente da vida: defesa do carácter sagrado (que não é o mesmo que absoluto) da vida humana em todas as circunstâncias, o nascer, viver, envelhecer e morrer;

ii) apoiar todas as comunidade de vida como a família ou instituições de acolhimento, enquanto família alargada;

iii) emprestar a voz aos excluídos, onde integramos as pessoas idosas sem apoio familiar;

iv) respeitar os direitos humanos em todas as situações, com particular preocupação pelas pessoas vulneráveis, idosos dependentes;

v) difundir a consciência de uma solidariedade mundial e intergeracional, onde os mais novos aceitam e colaboram com os mais velhos.

Na realidade, a dignidade e a liberdade ajudam-nos a compreender que o homem é mais do que um ser racional, é um ser profundamente complexo que não pode ser refletido apenas por um único ângulo. A dignidade e a liberdade tornam-no diferente de todos os outros seres. Enquanto pessoa ele forma uma unidade integral do corpo, alma e espírito composto por seis dimensões, que Feytor Pinto (1999), considera fundamentais para a definição de pessoa humana. O ser humano é bio-psico-socio-cultural espiritual e religioso. Ele é um ser biológico composto de órgãos e células; com uma estrutura educativa, comportamental e cultural; coloca-se numa atitude de relação com as outras pessoas desde o nascimento, aberto ao transcendente e à experiência espiritual; pratica e vive uma religião.

A este propósito Gomes (2013), num estudo que realiza sobre o pensamento bioético de Daniel Serrão, refere que o médico e bioeticista interpreta o homem como uma realidade corporal, com uma biologia e uma biografia. É protagonista de uma espantosa

inteligência, de uma extraordinária realidade afetiva e de uma misteriosa dimensão espiritual. É protagonista de uma aventura humana indissociável do seu corpo, da sua individualidade, da sua socialidade que comunica, através da sua ação física e da sua inteligência reflexiva, as suas alegrias, dores, sofrimento, capacidade de amar, desejo de liberdade e a sua relação com o transcendente.

Em síntese, o homem apenas se realiza enquanto pessoa na sua interação com o meio, as pessoas e o transcendente, numa busca constante, e por vezes incessante, da liberdade e dignidade humana.

2. A missão da Igreja e a sua resposta social

A Igreja é essencialmente missionária, tarefa que lhe foi confiada pelo próprio Cristo e que se deve estender a toda a humanidade amada e querida por Deus. Esta missão da Igreja, tal como a de Jesus é obra de Deus, é obra do Espírito Santo²². A experiência vivida pelos Apóstolos no Pentecostes transforma-os e leva-os a anunciar Cristo. O medo vivido deixa de ter sentido e a ação do Espírito Santo revigora-lhes a necessidade da missão e evangelização, tornando-lhes presente o mandato de Jesus: na cidade em que entrardes “*curai os doentes que nela houver e dizei-lhes: o Reino Deus está próximo*” (Lc 10,9). Assim, Jesus confia aos discípulos a missão de anunciar o Reino de Deus e, nesta tarefa de evangelização, integra explicitamente a ação de curar. Pagola (2011) afirma que esta é sempre a tarefa da Igreja, entrar em casa é entrar na sociedade, curar as doenças que nela houver e, através desta ação curativa, proclamar aos homens que Deus está a chegar às suas vidas.

O papel curativo daquele que é enviado, o discípulo, é transversal a todas as páginas do Evangelho, não se reduzindo apenas a S. Lucas. A cura é assumida com o conteúdo preponderante da ação evangelizadora: no envio dos doze (Mt 10, 7-8; Mc 6, 12-13 e Lc 9, 2), no envio dos setenta e dois discípulos (Lc 10,9) e quando o Ressuscitado envia os discípulos a proclamar o Evangelho a toda a criatura (Mc 16, 15-18). Jesus

²² cf. *Redemptoris Missio* (RM), 24.

estabelece um vínculo estreito entre o anúncio do Evangelho e a cura, duas realidades plasmadas na mesma dinâmica da vivência do Reino de Deus entre os homens: “*enviou-os a proclamar o reino de Deus e a curar os doentes*” (Lc 9, 2; cf Lc 10,9). O amor é o “*único critério pelo qual tudo deve ser feito ou deixado de fazer, mudado ou mantido. É o princípio que deve dirigir cada ação, e o fim para o qual deve tender. Agindo na perspectiva da caridade ou inspirados pela caridade, nada é impróprio, e tudo é bom*” (RM, 60).

Esta missão, de curar e de cuidar, é um desafio constante à Igreja e responsabiliza-a para que se aproxime das feridas dos homens de hoje, sendo uma voz de esperança, de salvação e de cura. Sandrin (2015) considera que a Igreja é uma família, uma comunidade que cura, que acolhe os filhos de Deus, sem distinção, sobretudo nos momentos de maior fragilidade, ajudando-os a recuperar a sua identidade e orientando-o na sua realização plena. Na linguagem do Papa Francisco²³ é uma comunidade de “*portas abertas*” onde entram os feridos que procuram cura, alívio e consolo e, por onde se sai, para ir ao encontro dos feridos no caminho. “*Em vez de ser apenas uma Igreja que acolhe e recebe, tendo as portas abertas, procuramos mesmo ser uma Igreja que encontra novos caminhos, que é capaz de sair de si mesma e ir ao encontro de quem não a frequenta, de quem a abandonou ou lhe é indiferente (...) Devemos anunciar o Evangelho em todos os caminhos, pregando a boa nova do Reino e curando, também com a nossa pregação, todo o tipo de doença e de ferida*” (Spadaro, 2013).

Sandrin (2015), continua, dizendo que a Igreja é chamada a ser uma comunidade terapêutica no verdadeiro sentido da palavra grega *therapeúein*, que surge nos Evangelhos 36 vezes. *Therapeúein* (terapêutico na língua portuguesa) não significa curar alguém, mas *cuidar*. *Therapeúein* significa “servir” uma pessoa, honrá-la. Neste sentido, a atividade de Jesus expressa-se como “*serviço*” e como “*cura*” das pessoas, missão que a Igreja é chamada a realizar na sua ação sócio-caritativa.

A ação sócio-caritativa, enquanto modo de evangelização, sempre acompanhou a Igreja, desde a primitiva comunidade cristã no apoio às viúvas e órfãos (At 6, 1-11); aos pobres (1Cor 16, 1-4); à assistência pastoral da comunidade de Tiago (Tg 5, 13-15);

²³ Entrevista concedida às Revistas Jesuítas e orientada por Spadaro(2013).

passando pela construção de leprosarias e hospitais durante a Idade Média; à incorporação da medicina nos conventos; à criação de irmandades e confrarias laicais e ordens religiosas, como a de S. Camilo, S. Vicente de Paulo e de S. João de Deus; até à criação, nos nossos dias, de centros sociais paroquiais, escolas e universidades ligadas à saúde, a assistência religiosa e espiritual nos hospitais públicos e privados, assim como um conjunto de documentos que refletem a preocupação pela saúde, seus cuidadores e doentes²⁴. Feytor Pinto (1999) considera que a Igreja assume cada vez mais uma presença efetiva na sociedade portuguesa com obras dedicadas à promoção da Saúde e que privilegiam as situações mais pobres, onde o Estado tem dificuldade em dar uma resposta. Os que a sociedade abandona ou marginaliza a Igreja acolhe: os deficientes profundos, sem abrigo, desempregados da atual crise económica, doentes com SIDA ou toxicodependentes, refugiados ou as pessoas idosas isoladas.

Esta presença da Igreja no mundo da saúde e do sofrimento, e de modo particular nos lares de idosos, tem sido pautada pelo respeito e valorização da dignidade humana de todos os homens e mulheres, numa luta constante pela promoção da saúde e qualidade de vida. O homem é acolhido pela ação pastoral da Igreja numa perspetiva holística, sem recusar os contributos que as diversas ciências técnicas, sociais e humanas oferecem à humanização dos cuidados de saúde, à resposta das grandes questões existenciais da vida e da morte e às necessidades de ordem espiritual e religiosa de todos os envolvidos na saúde, doentes e sãos.

A Conferência Episcopal Portuguesa²⁵, na recente alteração aos estatutos dos Centros Sociais Paroquiais, reforça a necessidade dos Centros Paroquiais Sociais serem orientados por alguns princípios bioéticos, humanos e cristãos e que nos ajudam a

²⁴ Os autores que se seguem fazem uma ampla revisão história da ação pastoral da igreja no campo da saúde: Alarcos (2002:187-196); Sampaio (2011:29-31) e Brusco e Pintor (1999:20-29).

²⁵ A Conferência Episcopal Portuguesa aprovou na sua Assembleia Plenária ordinária em Fátima, de 13 a 16 de abril de 2015, um Modelo de Estatutos dos Centros Sociais Paroquiais de acordo com o Decreto-Lei nº 172-A/2014, de 14 de novembro, que alterou profundamente o regime das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), tendo criado uma forma nova de IPSS – a dos Institutos de Organizações ou Instituições da Igreja Católica – na qual incluiu os Centros Sociais Paroquiais e nos quais se incluem as ERPI (lares e residências de idosos).

compreender o papel da Igreja junto das comunidades locais e seus idosos. Enumeramos apenas alguns:

- i) a natureza unitária da pessoa humana e o respeito pela sua dignidade;
- ii) o aperfeiçoamento cultural, espiritual, social e moral de toda a comunidade;
- iii) a promoção integral de todos os habitantes da Paróquia, num espírito de solidariedade humana, cristã e social;
- iv) a promoção de um espírito de integração comunitária, de modo a que a população e os seus diversos grupos se tornem promotores da sua própria valorização;
- v) o espírito de convivência e de solidariedade social como fator decisivo de trabalho comum, tendente à valorização integral dos indivíduos, das famílias e demais agrupamentos da comunidade paroquial;
- vi) um incentivo do espírito de convivência humana como fator decisivo do trabalho em comum, tendente à valorização integral das pessoas e das famílias;
- vii) a prioridade à proteção das pessoas mais pobres e desfavorecidas ou atingidas por calamidades, mobilizando para tal os recursos humanos e materiais necessários à criação e manutenção de estruturas de apoio às famílias ou a determinados setores da população, como as pessoas idosas, aos jovens e às crianças;
- viii) o contributo para a solução dos problemas sociais, à luz da doutrina social da Igreja;
- vii) a participação na ação social de toda a comunidade paroquial, em estreita cooperação com outras instituições e grupos de ação social e com a entreatajuda cristã de proximidade.

Os Centros Sociais Paroquiais e as Irmandades são uma obrigação missionária da Igreja e a presença visível de uma Igreja preocupada com todos, de modo particular com as pessoas idosas, oferecendo um contributo válido para a valorização e dignificação do envelhecer e, muitas vezes, suprimindo a ausência de respostas sociais às necessidades das pessoas idosas mais débeis.

Embora estejamos preocupados, ao longo deste estudo, com a problemática dos lares de idosos, parece-nos importante realçar que a ação hodegética da Igreja, vai para além da construção de estruturas ou de serviços que prestem apoio aos mais

desfavorecidos. A intervenção sócio-caritativa da Igreja é ampla, olha o Homem no seu todo, como pessoa e preocupa-se com a sua felicidade, sem anular as diferenças individuais de género, idade, cultura, opção política ou religião. A ação prática da Igreja coloca o Homem no centro das suas causas e a saúde é também um dos seus campos de missão, através do:

- Respeito e promoção da vida humana - acompanhando as pessoas nas suas necessidades específicas, devolvendo-lhes a dignidade e a alegria da vida;
- Humanização da ciência e da técnica – valorizando a relação humana e de proximidade tantas vezes ofuscada pelos avanços tecnológicos. O progresso científico, a investigação e os meios técnicos de diagnóstico só têm sentido enquanto servem a pessoa;
- Justiça económica – os recursos económicos em saúde têm como objetivo a educação, a prevenção da doença e recuperação do estado de saúde dos doentes num uso justificado e distribuição equitativa;
- Educação – As escolas da Igreja, as paróquias e a catequese (de crianças, jovens e adultos) são os espaços privilegiados para a implementação de programas de educação para a saúde, na criação de hábitos de vida saudáveis, promoção de rastreios e de cuidados de saúde primários aos mais vulneráveis e sem apoio familiar, informação e sensibilização sobre comportamentos de risco junto dos jovens;
- Sensibilidade bioética – promoção dos direitos humanos e do respeito pela liberdade, dignidade e autonomia de toda a pessoa. A dinâmica de evangelização proposta pelo Ano Jubilar da Misericórdia, convida a Igreja a viver as obras de misericórdia²⁶, alicerce de uma intervenção bioética junto dos

²⁶ “As obras de misericórdia são as ações caridosas pelas quais vamos em ajuda do nosso próximo, nas suas necessidades corporais e espirituais. Instruir, aconselhar, consolar, confortar, são obras de misericórdia espirituais, como perdoar e suportar com paciência. As obras de misericórdia corporais consistem nomeadamente em dar de comer a quem tem fome, albergar quem não tem teto, vestir os nus, visitar os doentes e os presos, sepultar os mortos. Entre estes gestos, a esmola dada aos pobres é um dos principais testemunhos da caridade fraterna e também uma prática de justiça que agrada a Deus” (CIC 2447).

mais fragilizados. “*A Igreja é perita em humanidade*” (Feytor Pinto, 1999). Humanizar os espaços, as estruturas, os cuidados, as relações e o agir.

- Formação e qualificação dos técnicos – são muitas as estruturas de apoio à saúde onde a Igreja está presente comprometendo-a com a promoção da formação e qualificação técnica, bioética e deontológica dos diversos cuidadores.
- Acompanhamento espiritual – pela presença de capelães, assistentes e voluntários nos diversos serviços e estruturas de saúde públicas e privadas.

Estes são alguns dos desafios bioéticos no campo da saúde, aos quais, a Igreja pela sua ação de proximidade junto dos homens e das mulheres do nosso tempo, e no cumprimento da sua missão, é constantemente chamada a cuidar.

3. Presença da Igreja na saúde e no sofrimento

Se pretendemos compreender o papel da Igreja no mundo da saúde e do sofrimento, parece-nos prudente que façamos uma curta viagem pela conceção antropológica cristã da saúde.

O Papa João Paulo II (2005) na Mensagem da XI Assembleia Geral da Academia Pontifícia pela Vida considera que o conceito de saúde é complexo, mas antropológicamente rico, afirmando que o conceito de saúde “*refere-se a toda a dimensão da pessoa, na sua harmónica e recíproca unidade: a dimensão corpórea, psicológica, espiritual e moral*”. Sublinha ainda que a saúde não é um bem absoluto, “*não é sobretudo quando se apresenta apenas como um bem-estar físico, diminuindo ou negligenciando bens superiores... Quando corretamente entendida continua a ser um bem para o qual temos uma responsabilidade, ao ponto de ela poder ser sacrificada para alcançar bens superiores, como é por vezes necessária ao serviço de Deus, da família, do próximo e da sociedade inteira*” (nº 7). A importância bioética da saúde deve motivar um forte compromisso de proteção e de cura por parte de toda a sociedade. É um dever social que

não deve excluir ninguém, nem mesmo aqueles que sofrem pela perda da sua própria saúde. “*A dignidade ontológica da pessoa é superior: transcende mesmo o mau comportamento ou a culpa do sujeito.* (nº 8)”.

Segundo Lütz (2005), hoje existe uma nova visão do homem que gradualmente se torna global, a “*religião da saúde*”, não de Deus, mas da saúde, a saúde individual torna-se indiscutivelmente o “*bem máximo*”. A Salvação e a Redenção já não são esperados no “*além*”, mas aqui e agora. A uma “*escatologia imanente coletiva*”, defendida pelo marxismo-leninista, dá-se lugar a uma “*escatologia imanente individual*” apresentada à humanidade com um sucesso maior do que as visões do antigo mundo. O homem espera “*quantitativamente na vida eterna da medicina e qualitativamente na felicidade eterna da psicoterapia*”. A saúde é assumida como um “*produto que pode ser fabricado*” vendido e publicitado como um novo *dogma*.

A saúde sempre assumiu na tradição cristã um valor indiscutível, reflexo desta interpretação são os contínuos atos de cura realizados por Jesus Cristo, mas nunca é apresentada como um valor supremo.

Segundo Sgreccia (2008) a religião da saúde gira em torno de um antigo tema da religião: a superação do contingente e da experiência da morte, mas centrando a humanidade na luta contra a morte. O homem procura chegar saudável à morte.

A própria noção de saúde, apresentada no protocolo da constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), contribuiu para esta concepção da religião da saúde. Apesar de lhe retirar o caráter essencialmente patológico da saúde, ausência de doença, e de promover a realização de um estado de completo bem-estar psíquico, físico e social, levanta algumas questões.

Faggioni (2005) recorda que sendo a saúde um bem essencial da pessoa, é dever da sociedade, promover e privilegiar, para cada um, o direito à saúde. Esta expressão não pode indicar o direito a ter saúde (a ser saudável), porque muitas vezes o estado de saúde não é possível através da medicina ou outro meio humanamente acessível. Existe, no entanto, o direito a ser ajudado, pela sociedade e medicina, a recuperar ou a conservar a própria saúde.

O mesmo autor ressalva que o tema da saúde está intrinsecamente associado ao tema da justiça, podendo diminuir de acordo com as diversas concepções de justiça sanitária. O mínimo de recursos sanitários exigidos no Norte do mundo estão longe de ser os mesmos no Sul. O mesmo se poderá dizer da influência da decisão de tratamento do paciente ou doente que as limitações financeiras, no serviço de saúde pública ou instituições de solidariedade, impõem à sua real necessidade clínica. Para Faggioni é doloroso pensar que o direito à saúde, possa ser relativizado ao ponto de assumir contornos bem diferentes nos diversos contextos culturais, sociais e políticos. O slogan “*saúde para todos*” ou de “*completo bem-estar*” assume contornos ofensivos para muitos povos envolvidos numa “*retórica de palavras bonitas que não corresponde a um projeto que possa responsabilmente ser cumprido*”.

Faggioni considera que a definição da OMS de saúde “*estado de completo bem-estar*” tem o mérito de propor uma visão multidimensional e holística da saúde e de realçar o seu aspecto subjetivo que se expressa com plenitude nas suas diversas formas, mas também revela o limite próprio do contexto cultural em que ela surgiu. Isto porque, por um lado, esta noção surgiu num contexto de uma cultura de lucro que favorece uma leitura grosseiramente eficiente da saúde, através do vínculo estreito estabelecido entre o bem-estar pessoal e a capacidade de responder às exigências sociais. Por outro, a concepção de saúde como completo bem-estar implica uma visão secularizada da salvação, na ilusão de que o homem pode alcançar, pelos seus meios e nesta vida, a plenitude de bem-estar. O homem como que cria a ilusão de que através da medicina pode dar resposta a todas as suas necessidades e desejos. Nesta dimensão subjetiva da medicina o direito à saúde confunde-se com direito a querer ver satisfeito os seus desejos, pretendendo que a medicina procure as condições para o realizar. Este tipo de medicina do desejo, continua Faggioni, favorece o mercado farmacológico e cirúrgico, absorve recursos públicos além do razoável e explora ao máximo a categoria de intervenções terapêuticas.

Esta sobrevalorização da saúde faz com que a nossa sociedade não esteja preparada para enfrentar o sofrimento. A sua primeira preocupação centra-se na busca do bem-estar e na construção de uma imagem que transpareça saúde. Carrega o fardo da agitação, do querer fazer muitas coisas em simultâneo, do stress e, por isso, distraída de algumas

questões da sua existência, não se preparando para o sofrimento ou para a morte. A doença ou a enfermidade é vista como uma desgraça e o melhor é mesmo não pensar nela. No entanto, o sofrimento existe, faz parte da realidade humana, chega muitas vezes quando menos se espera e, por mais conhecimento que tenhamos e por mais amor que possamos ter pelo que sofre, só seremos capazes de o aliviar e, quando muito, de o eliminar parcialmente. Sendo uma realidade presente no homem e em todo o homem, este deve dar sentido ao sofrimento, saber porque sofre, e como deve sofrer a fim de que tenha sentido a sua vida (Redrado, 2010). A Igreja, enquanto portadora de uma mensagem de saúde-salvífica, colabora com o homem na interpretação deste sofrimento ao apresentar o amor e a ressurreição como a chave do sofrimento. *“O cristão sabe que o sofrimento não pode ser eliminado, mas pode adquirir um sentido: pode tornar-se ato de amor, entrega nas mãos de Deus que não nos abandona e, deste modo, ser uma etapa de crescimento na fé e no amor. Contemplando a união de Cristo com o Pai, mesmo no momento de maior sofrimento na cruz (cf. Mc 15, 34), o cristão aprende a participar no olhar próprio de Jesus; até a morte fica iluminada, podendo ser vivida como a última chamada da fé, o último «Sai da tua terra» (cf. Gn 12, 1), o último «Vem!» pronunciado pelo Pai, a quem nos entregamos com a confiança de que Ele nos tornará firmes também na passagem definitiva”* (LF, 56). A Páscoa, a Ressurreição, a Saúde são experiências vividas no mistério da cruz e sofrimento de Cristo. Não há Páscoa sem morte, não há Ressurreição sem a Cruz. O mesmo poderíamos dizer não há saúde sem dor e sofrimento, nem dor ou sofrimento sem saúde. A mensagem Nova do Evangelho não está numa salvação reduzida à dor e à cruz, enquanto espaço físico de sofrimento, mas ao Amor que Cristo na cruz continuamente oferece pela humanidade. Olhando para Cristo na Cruz e unido ao seu mistério pascal, o cristão encontra nela o sentido da sua cruz e sofrimento, porque sofre, morre e ressuscita com Cristo.

Jesus Cristo, apesar de realizar muitas curas, não é portador de um modelo triunfalista da saúde, por isso, não curou todos os enfermos. Jesus não encarnou para eliminar a doença ou anestesiá-lo o sofrimento, mas revela-nos que a doença e o sofrimento podem ser vividos como acontecimentos salvíficos, *“não idolatrou a saúde, sobretudo a física, mas colocou o cuidado dos feridos, a cura e a atenção do enfermos no centro do seu*

ministério”. Ele mesmo oferece a sua saúde na cruz e oferece o seu evangelho como o modo mais saudável de viver²⁷.

Na verdade este ideal nem sempre é vivido na mesma intensidade por todos. As diversas narrativas de vida, a interpretação do acontecimento salvífico de Deus e as dúvidas existências tornam mais penoso o caminho do sofrimento, vivido tantas vezes como revolta ou resignação passiva. A Pastoral da Saúde tem aqui um campo amplo de intervenção abeirando-se do que sofre com um olhar de (com)paixão, abraçando com amor e dedicação a dor sentida no rosto do outro com gestos de “*humanidade*” (Gineste & Pellissier, 2008), que cuidam e curam, ajudando o que sofre na descoberta da Salvação-Saúde proposta por Deus.

4 – Características da Pastoral da Saúde. As raízes da Pastoral da Saúde

“A Alegria do Evangelho enche o coração e a vida inteira daqueles que se encontram com Jesus.” Com estas palavras, o Papa Francisco inicia a exortação apostólica *Evangelii Gaudium*, para nos indicar que a evangelização se caracteriza pela alegria, pela surpreendente novidade e pela criatividade: *“Sempre que procuramos voltar à fonte e recuperar o frescor original do Evangelho, despontam novas estradas, métodos criativos, outras formas de expressão, sinais mais eloquentes, palavras cheias de renovado significado para o mundo atual. Na realidade, toda a ação evangelizadora autêntica é sempre nova”* (EG, 11). *“Ser igreja é ser fermento de Deus no meio da humanidade; quer dizer anunciar e levar a salvação de Deus a este nosso mundo, que muitas vezes se sente perdido, necessitado de ter respostas que encorajem, deem esperança e novo vigor para o caminho. A Igreja deve ser o lugar da misericórdia gratuita, onde todos possam sentir-se acolhidos, amados, perdoados e animados a viverem segundo a vida boa do Evangelho.”* (EG,114).

Evangelizar quer dizer anunciar e tornar presente o Reino de Deus dentro da narrativa de vida de cada pessoa, comunicar a Boa Nova, a notícia alegre deixada por

²⁷ Cf. Rodríguez *et al.* (1994, p. 12-13).

Cristo e pré-anunciada pelos profetas. Para Sandrin (1998) existe uma relação entre o *texto* bíblico (a Palavra-acontecimento) e o *con-texto* em que a Palavra é anunciada e expressa. O contexto é o tempo em que Deus realiza, é o tempo salvífico, designado na Bíblia como *kairòs*. Este momento *kairológico* é assumido pela reflexão da teologia pastoral que procura, à luz do Evangelho e com a ajuda do Espírito Santo, escutar, discernir, e interpretar os sinais dos tempos valorizando-os como lugares de salvação (cf. GS 11 e 44). A teologia pastoral, nas palavras de Latourelle (1992, cit. in Sandrin, 2015), é um estudo metódico e científico da Igreja que reflete a presença e a ação da Igreja no mundo, *um estudo da igreja-em-situação-histórica*. Enquanto a teologia sistemática ou dogmática trata da Igreja na sua essência, como mistério e instituição, divina e humana, visível e invisível, “a teologia pastoral é a reflexão metodológica sobre o seu ser mutável, isto é, sobre o mistério da edificação do Corpo de Cristo que é a Igreja na sua atividade presente e concreta, sobre as condições dessa atividade e sobre o modo como a situação contemporânea reage à realização atual da missão salvífica da Igreja.” (p. 63-64). Assim, a teologia pastoral é uma reflexão sobre o mistério salvífico de Deus realizado pela Igreja no tempo e na história atual. A mesma perspectiva fora já assumida por Rahner no *Manual de teologia pastoral*²⁸, ao afirmar que a teologia pastoral (prática) procura elaborar os princípios e os imperativos para a *autorrealização da Igreja*, enquanto mediadora da ação salvífica de Deus no mundo atual. Viguera (2010), explora esta concepção de Rahner dizendo que a teologia prática está preocupada com os princípios de autorrealização da Igreja, emanados da dogmática, moral e direito canônico, mas enquanto os atualiza e concretiza na atual situação da Igreja. Através da Teologia Prática ou Pastoral, a Igreja coloca-se em diálogo permanente com o mundo numa atitude reflexiva e de autocrítica. Não se confunde com o mundo, nem se transforma ao ritmo dos conteúdos modernos, mas faz uma reflexão atual e teológica, à luz do Evangelho, dos novos fenômenos da sociedade.

A teologia pastoral, enquanto ação da Igreja na história, não se reduz apenas a uma reflexão teórica ou a uma habilidade metodológica, mas é um lugar de conhecimento teológico. As experiências de Fé, realizadas e vividas por cada um de nós, são reveladoras do rosto amoroso de Deus, tornando sempre novo o acontecimento salvífico de Cristo. A

²⁸ Obra enciclopédica dirigida por Rahner em 1971-1972.

nossa história é o lugar onde Cristo realiza a sua história de amor e nós somos as palavras de que Ele se serve para a narrar (Sandrin, 2015). A teologia pastoral torna presente o anúncio do Reino de Deus na história da humanidade, pela palavra, a celebração litúrgica, a ação social e caritativa. Deste modo, a evangelização não pode deixar de ter a dimensão social: *“também o serviço da caridade é uma dimensão constitutiva da missão da Igreja e expressão irrenunciável da sua própria essência. Assim como a Igreja é missionária por natureza, também brota inevitavelmente dessa natureza a caridade efetiva para com o próximo, a compaixão que compreende, assiste e promove”* (EG, 179). Isto é, a Igreja sendo depositária da missão de Jesus não pode proclamar a salvação alheando-se da sua tarefa de cura.

Häring (1986) reconhece que a teologia descuidou o tema da cura na reflexão cristológica, soteriológica, eclesiológica e, sobretudo, na teologia da salvação. A tarefa catequética e litúrgica foram amplamente cuidadas pela igreja, no rigoroso cumprimento do mandato de ensinar, *“ide e ensinai”* e de batizar, *“ide e batizai”*, sem se ter dado o devido valor ao pedido de Jesus, *“ide e curai”*. A saúde não é um património exclusivo ou reservado à medicina, às suas instituições ou à investigação científica, ela é parte integrante da responsabilidade missionária da Igreja (Pagola, 2011). Evangelizar é também curar, irradiando saúde em nós e nos que nos envolvem, como dádiva salvífica de Deus. A afirmação de João Paulo II (2009) na Exortação Apostólica *Ecclesia in Asia* vale para toda a Igreja: *“Seguindo os passos de Jesus Cristo, que teve compaixão de todos e curou «todas as enfermidades e moléstias» (Mt 9, 35), a Igreja da Ásia está decidida a empenhar-se cada vez mais no cuidado dos doentes, visto que este é parte vital da missão que ela tem para oferecer a graça salvífica, curativa²⁹, de Cristo a todas as pessoas”* (EA, 36).

A Pastoral da Saúde tem as suas raízes na Teologia da Ação Pastoral ou na prática geral da Igreja, enquanto atividade organizada da Igreja através da qual se atualiza a ação salvífica de Deus. Isto é, a Pastoral Global fornece, aos diversos agentes pastorais, um discurso crítico e construtivo sobre ação da Igreja no mundo, na sua missão profética, sacerdotal e real, pelo anúncio da palavra, a celebração da liturgia, a ação social e caritativa. Quando esta ação privilegia uma área de intervenção, um grupo de pessoas ou

²⁹ A expressão é minha.

um tipo de ação definindo os agentes e as atividades dizemos que se trata de uma pastoral específica ou especializada. É neste sentido que podemos enquadrar a Pastoral da Saúde numa pastoral especializada. A sua especificidade não se centra apenas na perspectiva da cura e do cuidar daquele que está doente, mas em todo o homem, o doente e o são. Se a Teologia Pastoral procura realizar uma reflexão dos acontecimentos atuais interpretando, à luz do Evangelho, os “*sinais dos tempos*”, a Pastoral da Saúde volta-se de modo particular para as questões da saúde. A ação evangelizadora no mundo da Saúde concretiza-se na Igreja através da Pastoral da Saúde. Feytor Pinto (1999) diz-nos que nem todos os homens vão à igreja, mas todos passam pelo hospital ou centros de saúde, por isso, a Igreja tem uma Pastoral da Saúde, a que ele designa a Catedral dos tempos modernos.

A Pastoral da Saúde, sendo fiel ao mandato de Cristo “*ide e curai*”, quer encontrar-se com o homem que sofre perdido nos corredores dos hospitais, abandonado na rua, internado em alguma unidade de saúde ou lar de idosos e a receber tratamento, mas também com os seus famílias, os profissionais de saúde e os que respiram um estado de boa saúde. A Pastoral da Saúde é chamada a estar ao serviço da saúde da pessoa humana, quer seja no tratamento, na prevenção ou na promoção de uma saúde integral (corpórea, relacional e espiritual). Onde está o homem, aí deve estar a Pastoral da Saúde.

4.1. – Identidade e competência da Pastoral da Saúde

Ao longo da história, a conceção teológica da Pastoral da Saúde sofre uma evolução. De uma pastoral essencialmente sacramental, solitária, centrada no morrer, crescemos para uma pastoral de evangelização e humanização de todos os cuidados de saúde, integradora, de comunhão, promotora de vida e de justiça. Uma pastoral voltada para a pessoa que irradia pela sua ação saúde e salvação, preocupada não apenas com o doente, mas com todos os atores envolvidos na saúde. Este processo evolutivo em muito se deve aos desafios formulados pelos avanços científicos, no campo da saúde, e à reflexão bioética, filosófica e teológica exigindo da Igreja uma nova resposta pastoral.

Assim, partindo da definição de Pintor e Brusco (1999) consideramos que a Pastoral da Saúde realiza a ação evangelizadora da Igreja no mundo da saúde através da atualização da presença libertadora, curativa e salvífica de Cristo, pelo poder do Espírito Santo. Esta missão realiza-se colocando, à disposição dos doentes e agentes sanitários, uma sensibilidade humanística que seja veículo de graça, que promova e defenda a vida e a saúde, sensibilizando todos para os problemas e necessidades do que sofre, acompanhando a humanidade na procura da resposta às grandes interrogações existenciais: viver, sofrer e morrer.

Feytor Pinto (1999) considera que a Pastoral da Saúde não é apenas uma pastoral dos doentes, ou dos hospitais, ou dos profissionais cristãos ou espiritual ou sacramental; é muito mais, porque tem um amplitude maior. A Pastoral da Saúde visa o homem todo, doente ou são, preocupa-se com os enfermos, os profissionais de saúde, procura atingir os hospitais, centros de saúde, lares, residências, atua em toda a organização ao serviço da saúde da pessoa humana, tanto no domínio do tratamento, como da prevenção e promoção da saúde. Uma Pastoral da Saúde que tenha como linha orientadora o respeito pela pessoa humana, a defesa da vida e qualidade de vida, solidariedade com os mais pobres e vulneráveis, o serviço do doente, o trabalho em equipa e a qualidade profissional dos agentes pastorais.

A Pastoral da Saúde não se limita apenas aos primeiros agentes envolvidos neste modo de evangelização, mas como reforça Sadrin (2009), ela descreve as diversas ações da comunidade cristã (através da palavra, da celebração, do testemunho, do serviço, da relação e das múltiplas formas de comunicação) a favor da saúde da pessoa, nas situações de vida e nos lugares onde se exprime a ação de cura, reabilitação, prevenção da doença, e de promoção da saúde, com particular atenção à pessoa envolvida, aos estabelecimentos de saúde que os acolhem e a todo o ambiente sociocultural em que vivem. E continua, esta forma específica de pastoral deve estar atenta à “*cura integral*” da pessoa, valorizando o fator sanitário (salvífico – saudável) dentro das variadas formas do seu agir, redescobrimo a relação “*sacramental*” entre a saúde e a salvação: a saúde (expressa nas várias modalidades de cura) como lugar “*teo-lógico*” para anunciar Deus e experimentar a sua presença salvífica, a salvação como cura verdadeiramente transformadora da pessoa já

presente, ainda que não plenamente realizada. Ao compreendermos, deste modo, a Pastoral da Saúde teremos necessariamente de concluir como Sandrin (2009), a saúde deve ser considerada como um “*sacramento de salvação*”, envolvendo toda a comunidade.

Na Pastoral da Saúde, a Igreja é chamada a redescobrir a força salvífico-saudável (graça curativa) presente na ação evangelizadora, testemunhal, litúrgica e celebrativa, caritativa e curativa na realização da comunhão nas suas diversas formas (*kerygma, martyria, leitourgia, diakonia e koinonia*). Atitude expressa nos sacramentos da cura, mas também nas várias formas de cura que todos os membros são chamados a realizar. A Igreja enquanto serva ajuda-nos a redescobrir o serviço da caridade expresso no ministério da cura integral que Cristo dá à sua Igreja através da defesa da saúde integral (salvação) da pessoa. O gesto de cura realizado pelo discípulo de Cristo, fraterno ou profissional, deve ser capaz de abrir o coração do doente à salvação (Sandrin, 2009). Esta ação é realizada por todos os membros da Igreja, não sendo exclusiva dos capelães ou assistentes espirituais, mas de todos os batizados e homens de boa vontade, quer estejam inseridos ou não nas diversas instituições de saúde.

Alarcos (2002) oferece-nos os tópicos que clarificam a identidade e a competência da Pastoral da Saúde:

a) É a presença e ação da Igreja, em nome do Jesus Cristo Salvador, de um ministério de interajuda, específico, alegre, encarnado, capacitado, iluminativo, interativo, celebrativo, criativo, inovador e organizado. (cf. Feytor Pinto, 1999)

b) Tem como objetivo oferecer salvação (saúde), isto é, cura, assistência, libertação, cicatrização, reconciliação, sentido de vida e crescimento humano vital.

c) Realizando a sua missão no encontro com o doente, a sua família, com os profissionais de saúde, com as diversas estruturas de saúde, com osãos para potencializar uma cultura que entenda, aceite e seja sensível à dor, ao sofrimento, à incapacidade, à agonia, à morte, ao dolo e à defesa da vida.

Interpretando a Pastoral da Saúde deste modo, facilmente poderemos compreender que faz todo o sentido integrar a reflexão teológico-Pastoral da Saúde no debate bioético. Se para a Bioética a reflexão deve centrar-se na pessoa, no respeito pela sua vida, na defesa

da sua dignidade e qualidade de vida, a mesma preocupação está presente na promoção de uma saúde salvífica, integrando a totalidade do homem e da mulher.

No entanto, parece-nos oportuno referir que a ação pastoral da Igreja no campo da saúde reveste-se de uma reflexão teológica e bioética, que vai muito além do fazer por fazer ou até de um fazer muitas vezes desorganizado ou plurifacetado. O Papa João Paulo II (1985), na Carta Apostólica *Dolentium Hominum* sublinha que saúde é parte integrante da missão da Igreja, tantas vezes revelada pela criação de diversas instituições religiosas com a finalidade de promover, organizar, aperfeiçoar e estender a assistência aos doentes e aos mais vulneráveis (cf. DH, 1). O crescimento louvável de instituições e organismos, de inspiração cristã no final do século XX, e que exercem uma ação de defesa e promoção da saúde levou a que o próprio Papa João Paulo II criasse em 1985, o Conselho Pontifício para o Apostolado dos Profissionais de Saúde, com o objetivo de favorecer e difundir uma formação ético-religiosa dos agentes de saúde cristãos, em todo o mundo, tendo em conta as situações reais da vida e os problemas que constantemente são colocados à sua ação profissional (DH 5). Este Conselho Pontifício assume a função de coordenar todas as instituições católicas, religiosas e laicais, que se dedicam à Pastoral da Saúde ou do doente, através de diversas ações de formação, congressos e orientações ético-pastorais. A Pastoral da Saúde, não é uma ação solitária e isolada, função específica desempenhada num hospital, lar ou paróquia. É uma ação comunitária e de comunhão, promotora de diálogo e humanizadora, que integra e envolve a todos, sendo coordenada pelas Comissões Nacionais e Diocesanas da Pastoral da Saúde, que recebem do Conselho Pontifício as linhas orientadoras, que ajudem a todos a concretizar o mandato de Cristo, “*ide e curai*”.

Por fim, não se pode conceber uma Pastoral da Saúde sem a reflexão teórica da sua ação, desenvolvida pela Teologia da Pastoral da Saúde ou mais recentemente pela Teologia da Saúde (Álvarez, 2013). Esta reflexão teológica permite-nos fundamentar a ação prática da Igreja no mundo da saúde ao “*pensar e projetar não só a pastoral, mas a salvação em todas as suas dimensões (anúncio, celebração, prática, gesto) e, por isso, a sacramentalidade da Igreja no mundo de hoje. Que a saúde e a salvação sejam o eixo da teologia da Pastoral da Saúde, quer isto dizer que a saúde, ainda que subordinada e orientada sempre à salvação, é parte integrante do acontecimento de Cristo, do seu*

mistério e, como consequência, da atuação do desígnio salvífico de Deus no tempo” e no mundo (Ávarez, 2009, p. 143).

A Pastoral da Saúde preocupa-se não só com a perspectiva da salvação de todos os atores envolvidos no campo da saúde (doentes, técnicos, voluntários...), mas também com a vontade de transformar, ao jeito de Jesus, os espaços físicos (hospitais, lares, centros de saúde...) em espaços de humanização. Assistimos, hoje, a uma saúde cada vez mais tecnicista, dominada pelo rigor e a fiabilidade dos mecanismos de diagnóstico e pela urgência de terapias de sucesso, reduzindo a saúde apenas a um cenário biológico ou patológico. A relação de proximidade cuidador-doente, o respeito pela sua história, a valorização da sua identidade e a vivência dos valores mais genuinamente humanos, assumem-se, muitas vezes, como as melhores terapias para a concretização da saúde física, mental, emocional, relacional e espiritual. É na defesa desta atitude humanizadora da saúde que a Pastoral da Saúde é chamada a exercer a sua missão. Humanizar as pessoas, os espaços, os serviços, as relações, é a chave da ação Pastoral da Saúde.

Feytor Pinto (1999) reconhece que esta ação da Pastoral da Saúde realiza-se em três tempos: a humanização, a evangelização e a sacramentalização.

A humanização passa pela atenção à pessoa humana na suas diversas dimensões (afetiva, psicológica, social, moral) criando uma relação humana salvadora no que sofre. O divino revela-se em primeiro lugar nas qualidades humanas cimentadas na pessoa, e são estas que devem ser iluminadas e trabalhadas. Humanizar é reconhecer que o doente e o técnico de saúde são “*pessoas humanas*” em realização. O doente enquanto pessoa humana a salvar e o técnico, envolvido na Pastoral da Saúde, reconhece-se como pessoa humana ao serviço da pessoa humana do doente ou idoso, para responder ao bem comum e proclamar, deste modo, Jesus Cristo Salvador. A humanização é para todos, crentes e não crentes. A humanização é universal, não setoriza nem exclui ninguém. Humanizar é uma ação intrínseca à pessoa humana, é um dever moral. Uma dinâmica pastoral centrada na humanização abre a porta da evangelização.

A evangelização é o segundo tempo da ação pastoral. O testemunho dos doentes e técnicos, a colaborar na saúde, são um constante desafio, convite e interpelação ao Evangelho. Evangelizar aquele que se abriu ao mistério salvífico de Cristo levando-lhe

boas notícias de salvação, dando a conhecer a alegria de Cristo Ressuscitado. A missão evangelizadora da Igreja, como já referimos, consiste em dar a conhecer a Boa nova, “*ide e ensinai*” e a aliviar as feridas nos doentes, pobres e oprimidos, “*ide e curai*”. Evangelizar o mundo da saúde é comunicar Jesus Cristo, divulgar a Sua mensagem, partilhar a Esperança de que a saúde se torna plena na vida Eterna. Evangelizar é, também, exortar à procura da saúde integral e à salvação através da Misericórdia de Deus. Evangelizar é comunicar Cristo como o único Salvador. Através da evangelização, os que se sentem tocados pela ação renovadora do Espírito Santo celebram a sua Fé e pedem os sacramentos.

A sacramentalização é o terceiro tempo da Pastoral da Saúde, a consequência da adesão à Fé em Jesus Cristo. O sacramento é o sinal visível da ação de Deus nos homens, é sinal de comunhão e de graça divina disponibilizada gratuitamente aos que eles recorrem. Os sacramentos são gestos de cura, neles Deus aproxima-se da comunidade e de cada um dos seus membros para lhes curar as feridas do caminho e dar forças para a longa travessia (Uriarte, 2015). Esta ação expressa-se, de modo particular, nos sacramentos da Unção dos Doentes, Reconciliação e Eucaristia que encarnam a graça da cura moral e física.

A consciência de que o homem é um todo unitário cujas dimensões se condicionam, influenciam e cruzam-se umas com as outras. De que o homem não é um aglomerado de compartimentos estanques, mas um “*sistema*” (Uriarte, 2015). O corpo influencia o espírito e vice-versa. O psíquico influencia o organismo. O religioso influencia a moral. E de que os diversos estados (físico, psíquico, religioso) se influenciam entre si, permite-nos acreditar que a presença da Igreja na saúde é, não só necessária como, um marco vital na defesa dos valores éticos e humanos intrínsecos à pessoa humana.

4.2 Fundamentação teológica e bioética da Pastoral da Saúde.

Após esta viagem pela identidade da Pastoral da Saúde e da conceção da saúde bíblica, na senda de uma Igreja em missão no mundo da saúde e do sofrimento, consideramos que estão reunidas as condições para apresentarmos a fundamentação teológica e bioética da Pastoral da Saúde.

Em que medida poderemos enquadrar a Pastoral da Saúde numa reflexão bioética? Estará a Bioética interessada nos contributos práticos da Pastoral da Saúde? A Pastoral da Saúde valoriza e promove os princípios fundamentais da bioética? Estas são algumas questões que nos afloram neste caminho de fundamentação bioético-teológica da Pastoral da Saúde.

4.2.1 Fundamentação teológica da Pastoral da Saúde

A fundamentação teológica da Pastoral da Saúde encontra a sua raiz no mistério salvífico de Deus comunicado e revelado por Jesus Cristo. A Igreja instituída por Cristo, corpo místico e povo de Deus, é sinal e instrumento de salvação. O exercício pastoral da Igreja, mesmo na saúde, tem o seu princípio fundante na livre e gratuita decisão de Deus e no seu desejo de salvação. Em Jesus a salvação é oferecida como saúde e a saúde como salvação, de modo que a proclamação do Reino está intimamente associada ao mistério da cura, “*Jesus acolheu-as (as multidões) e pôs-se a falar-lhes do Reino de Deus, curando os que necessitavam*” (Lc 9,11). A Igreja, por vontade de Cristo, continua esta obra de *saúde e salvação*, como se afirma no Catecismo da Igreja Católica: “*O Senhor Jesus Cristo, médico das nossas almas e dos nossos corpos, que perdoou os pecados ao paralisado e lhe restituiu a saúde do corpo, quis que a sua Igreja continuasse, com a força do Espírito Santo, a sua obra de cura e de salvação, mesmo para os seus próprios membros.*” (CIC 1421).

A Pastoral da Saúde mais do que uma ação puramente organizativa, ainda que revestida de espiritualidade, não poderá exercer a sua missão desencarnando-se deste primado divino. Deus quer salvar gratuitamente a humanidade e a saúde torna-se parte integrante deste desígnio salvífico, oferecendo um modelo de saúde realizado no mistério de Cristo (cf. Álvarez 2009). O Deus do Antigo Testamento, vivido na plenitude com Cristo, revela-se como um Deus transcendente e vivo, inserido na história do seu povo, sempre pronto a renovar a sua aliança, um Deus santo, justo e misericordioso que liberta e salva. Um Deus que ama na radicalidade da sua fidelidade como marido e Pai.

A ação pastoral da Igreja, no campo da saúde, assume este projeto amoroso e salvífico de Deus revelado já no Antigo Testamento e concretizado em Jesus Cristo.

O teólogo Francisco Alvaréz (2013) considera que no Antigo Testamento não encontramos uma noção de saúde, nem nos aparece como um dom essencial como o é a salvação, mas está associada à biografia e à sorte do homem bíblico, sendo apenas compreendida dentro de um esquema de totalidade. Por isso, considera que a saúde bíblica é uma saúde sempre em *relação*, alimentada pelo conceito de *shalom*, paz, que inclui a relação com Deus, Pai de todos, a saúde da pessoa, as relações saudáveis com o próximo, e com a comunidade, uma vida social, económica, cultural e política sã, isto é, saúde e paz para todos. Continua o mesmo autor que a chave de interpretação da saúde como *relação* encontramos-na na descoberta gradual que o povo de Israel faz do Deus da Criação e do Deus da Aliança. O Deus bíblico é um Deus vivente e amante da vida, aliado à vida e ao bem do homem, próximo das dificuldades humanas, sensível à biografia dos indivíduos e à sorte do povo. Ao mesmo tempo é um Deus da Aliança, amigo e fiel à sua promessa de salvação e respeita a frágil liberdade humana. O Deus da Aliança é único Senhor e não há outro além Dele, é o criador, de tudo, o Senhor da vida e da história. É o Deus que liberta, é pastor e guia, está na origem de tudo, é um Deus cheio de Misericórdia e Amor, o mesmo será dizer um Deus que cura, “*Eu sou o Senhor que te cura*” (Ex.15,26). Deus cura porque é o Senhor da vida e da história³⁰. A fé neste Deus que cura e cuida é o reconhecimento de que Ele é o criador de tudo.

Conclui o sacerdote camiliano que Deus deseja associar o homem à obra da criação, o homem criado à imagem e semelhança de Deus é capaz de colocar o nome às coisas, dominar parte da realidade, prolongar e melhorar a beleza da criação, sendo criativo desenvolvendo as suas potencialidades e realizar a sua semelhança com Deus. A criação é o cenário saudável para o homem, mas como dom de Deus. Por outro lado, através da atividade terapêutica, mesmo através da medicina e farmacologia, o homem não se torna competidor de Deus, mas procura viver de modo saudável recuperando o cenário ideal da criação. As profecias salvíficas e saudáveis devem entender-se, em primeiro lugar, como

³⁰ Cf. “*Reparai bem: Eu é que sou Deus, e não há outro Deus além de mim! Eu é que dou a vida e sou a morte, eu firo e curo, e não há quem livre da minha mão*” (Dt 32,39)

coroação da *autodoação* de Deus, atualização de uma saúde profundamente relacional. Os sinais de cura futura³¹ revelam a manifestação de uma realidade nova: relações novas entre os homens e com a criação, um coração novo capaz de comunicar-se com Deus no amor e fidelidade. Ser curado é reconciliar-se com Deus³², é ser curado em profundidade anulando as raízes do pecado, recuperar a harmonia do seu ser, ser salvo, é recuperar o estado original, transformando o homem nas suas relações, isto é, a *saúde relacional*. O Deus revelado pelos profetas, não é simplesmente aquele que cura, mas é muito mais poderoso, o fim não é a cura enquanto tal, mas uma nova saúde, a possibilidade de viver de modo diferente, com Jesus Cristo, diremos em plenitude.

Na encarnação de Jesus Cristo, novo Adão³³, Deus faz-se carne assumindo o homem e dignificando-o. Cristo é o único mediador entre o divino e o humano³⁴, aproxima-se de todos os homens, insere-se na geografia humana, para a libertar, transformar, curar, isto é, dar vida, completando deste modo a mensagem do Antigo Testamento. A missão de Jesus não se reduz apenas à cura, dar a vista aos cegos, curar o paralítico ou dar mais anos à vida de alguns enfermos, Ele vem para que o homem tenha *vida e vida em abundância* (cf. Jo 10,10). As curas de Jesus não refletem apenas a cura física, mas elevam “*a condição humana à máxima dignidade e conduzem o homem à máxima realização pessoal*” (Álvarez, 2013, p. 243). Os gestos e as ações de Jesus oferecem uma cura integral envolvendo todas as dimensões da pessoa humana, física, espiritual, moral e social. “*Devolve a dignidade perdida aos “impuros” e marginalizados, ajuda a todos a exercer poder sobre o seu próprio corpo, condena os mecanismos desumanos e destrutivos daquela sociedade, luta contra comportamentos patológicos de*

³¹ Cf. “*Não haverá ali criança que morra de tenra idade, nem adulto que não chegue à velhice, pois será ainda novo aquele que morrer aos cem anos, e quem não chegar aos cem anos será como um amaldiçoado*” (Is 65,20) e “*Então se abrirão os olhos do cego, os ouvidos do surdo ficarão a ouvir, o coxo saltará como um veado, e a língua do mudo dará gritos de alegria; porque as águas jorraram no deserto e as torrentes na estepe*” (Is 35, 5-6).

³² Cf. “*Apelei a ti, Senhor, meu Deus e Tu me curastes. Tu converteste o meu pranto em festa, tiraste-me o luto e vestiste-me de júbilo. Por isso o meu coração te cantará sem cessar. Senhor, meu Deus, eu te louvarei para sempre*” (Sal 30, 3.12.13).

³³ Cf. “*o primeiro homem, Adão, foi feito um ser vivente e o último Adão um espírito que vivifica*” (1Cor 15, 22.45).

³⁴ Cf. “*Pois, há um só Deus, e um só mediador entre Deus e os homens, um homem: Jesus Cristo*” (1Tm 2,5).

raiz religiosa, esforça-se por criar uma convivência mais solidária e fraterna, para que não haja opressores e nem oprimidos” (Rodríguez *et al.*, 1994, p. 10), torna-se uma atividade terapêutica para que todos possam acolher a salvação.

Nesta perspectiva, a Pastoral da Saúde procura viver esta missão revelada por Jesus, o cuidado integral do homem. Esta cura integral não se reduz à simples soma aritmética das diversas dimensões humanas, mas à capacidade de integrar as diversas dimensões na realização do projeto de vida de cada um, ajudando o outro a conviver criativamente com a doença, a velhice, a morte e os erros pessoais ou sociais. Na linguagem de Álvarez (2013) a *“viver mais que o peso dos limites, para lá das possibilidades e manter intacto, ao máximo, o eu integrador da existência”*.

Pagola (2015) considera que a concepção cristológica do cuidado integral assume três características e que nós assumimos como fundamentais na ação da Igreja através da Pastoral da Saúde. Em primeiro lugar, Jesus cura a pessoa a partir do fundo do seu ser, invadindo a raiz da sua existência, despertando o desejo de vida que se esconde no ser humano e ajudando o doente a adotar uma atitude de confiança na própria cura. Envolve o doente no seu processo de cura *“A tua fé te salvou”* (Mc 10, 52).

Em segundo lugar, Jesus entende a cura como uma libertação. Curar é libertar a vida das teias do mal e que impedem o desenvolvimento da pessoa: *“mulher estás livre da tua enfermidade”* (Lc 13,12).

E por fim, Jesus promove a saúde na reconciliação do enfermo consigo mesmo e com Deus, fundamento último do seu ser, agora doente e frágil. A saúde de Jesus inclui a libertação da culpa e dos medos, que bloqueiam o que sofre, e convida a que o doente se integre de modo responsável na família, no trabalho e na convivência social: *“Levanta-te, toma o teu catre e vai para tua casa”* (Mt. 9, 6).

A Pastoral da Saúde modela-se através desta concepção teológica de saúde indo ao encontro dos doentes e sãos com o objetivo de favorecer experiências saudáveis. Imitando o método terapêutico de Jesus, a Pastoral da Saúde ajuda a encontrar razões para que aquele que está doente se envolva na vontade de viver mais e melhor. As curas realizadas por Jesus são curas que implicam sempre uma mudança de vida e de atitude e, muitas vezes, o regresso à sua vida laboral e social, uma vida nova assumida pela conversão. A

busca da saúde perdida, impõe quase sempre uma mudança de atitude quanto ao seu modo de viver e de estar em sociedade, papel que pode ser assumido pela Pastoral da Saúde.

O projeto de cura de Jesus rasga os umbrais da cura biológica, não se reduzindo a uma medicina corretiva ou curativa. As curas de Jesus comprometem o homem e despertam as suas potencialidades mais profundas, fazendo dele um homem novo, uma nova humanidade, abre as portas do infinito. A Pastoral da Saúde ajuda nesta descoberta promovendo um Deus-Amor, reconcilia o doente com Deus e o mundo, envolvendo a família, médicos, técnicos e cuidadores na construção de uma humanização recheada de bondade, verdade, beleza e comunhão.

Nas mãos de Uriarte (2015) afirmamos que a Pastoral da Saúde, enquanto ação da Igreja, favorece a saúde social, a saúde psíquica e a saúde física dos indivíduos e grupos. Promove uma maneira saudável de viver não só nos dias límpidos com saúde, mas também nos dias de doença. E suscita atitudes sãs diante das condições favoráveis e desfavoráveis da vida e perante a morte.

Na verdade, a Pastoral da Saúde guia-nos para Cristo e, n'Ele, a promover uma saúde integral que seja uma oportunidade alegre para viver, convivendo com fragilidade e dignificando o morrer.

4.2.2. Fundamentação bioética da Pastoral da Saúde

A Pastoral da Saúde e a Bioética encontram-se e caminham juntas no terreno da enfermidade. Francisco Alarcos (2002) considera que estes dois saberes, bioética e Pastoral da Saúde, partem de três premissas metodológicas comuns: a capacidade racional na reflexão e elaboração de juízos, a preocupação pelo bem comum e o reconhecimento da liberdade geradora de opiniões sempre que não lesionem o bem comum. Ainda que, em algumas circunstâncias, estas premissas possam gerar confrontos, elas não contradizem nem diminuem a capacidade fundamental de entendimento entre a Bioética e a Pastoral da Saúde. O mesmo autor considera que a Pastoral da Saúde tem também, além da fundamentação evangélica e eclesiológica, uma fundamentação Bioética que assenta em dois elementos: o princípio da beneficência e o cuidar.

Um dos textos clássicos, utilizado para fundamentar a utilização da beneficência como princípio bioético, por parte da Pastoral da Saúde, é a parábola do Bom Samaritano (Lc 10,25-37). O samaritano, ao contrário do sacerdote e do levita, *“não só vê o ferido mas adquire a consciência e convicção de que este é um homem doente e a necessitar de cuidado. Além disto, aproxima-se deste homem, quer encontrar-se efetivamente e pessoalmente com o ferido”*. O samaritano sente misericórdia por ele, na sua alma e no seu corpo, isto é, nas suas entranhas, é movido por um sentimento de solidariedade amorosa. Este sentimento tem um impulso ativo e livre, vinculando o samaritano ao homem, a proximidade concretiza-se na ajuda efetiva prestada (Alarcos, 2002, p. 202-203).

Alguns autores, nomeadamente Beauchamp e Childress (2001), consideram que o princípio de beneficência da parábola é mais um ideal do que uma obrigação. Na realidade, o princípio de beneficência não é uma obrigação perfeita, pois ele não nos obriga moralmente a ajudar as pessoas em todas as situações, ainda que certas ações de beneficência sejam comuns a todos os seres humanos, porque na sua omissão deriva o mal, esta obrigação moral é concedida ao princípio da não maleficência. Na verdade, e como nos refere o mesmo Alarcos, o único ser a necessitar de cuidados desde o seu nascimento ao morrer é o homem. Esta constatação e experiência de beneficência nasce do interior e para Francisco Alarcos (2002) é a fundamentação bioética da Pastoral da Saúde. *“Não podemos obrigar a fazer o bem, mas não podemos impedir quem sente necessidade de o fazer. Impedir de fazer o bem, descoberto como necessidade seria um atentado contra uma dimensão básica da estrutura ética do ser humano. A Pastoral da Saúde nasce de uma ética dos máximos, da convicção de o bem ser querido por Deus”* (p. 205).

O próprio Concílio Vaticano II, no número 8 do decreto *Apostolicam Actuositatem* afirma *“onde se encontre alguém que esteja privado de comida e bebida, de remédios, que seja atormentado por tribulações ou pela doença é aí que a caridade cristã o deve procurar e descobrir, para o aliviar com maior solícitude e prestar o necessário auxílio.”* Ao cristão é-lhe pedido mais do que os mínimos moralmente aceites. A ele compete oferecer um apoio emocional, a prática das virtudes tornando mais humanos a aplicação dos princípios da ética biomédica, de forma que a sua *“ação caritativa possa e deva abranger integralmente as necessidades de todos os homens”* (AA, 8), sobre a forma de

beneficência. Bento XVI (2007) considera também que o cuidado pastoral, no campo da saúde geriátrica, tem dois grandes objetivos englobando o homem na sua totalidade: por um lado, encorajar o idoso doente a encontrar a força para enfrentar a sua dura prova na oração e com o conforto dos sacramentos e, por outro, ser circundado por irmãos na fé, dispostos a ouvi-lo e a partilhar os seus sentimentos.

A Pastoral da Saúde é o lugar privilegiado do “*serviço*”, “*da missão*”, “*do ministro da vida*” (Carta dos Profissionais de Saúde, 1995). O lugar onde o cristão é convidado a ser sinal de cura como Cristo. A ir ao encontro, a aproximar-se para cuidar, curar. A Boa Notícia anunciada por Jesus é de cura, de saúde, de salvação, onde o cuidar é integral, o homem no seu todo. Jesus não se assume como um curandeiro em oposição à ciência médica, mas suscita uma experiência de salvação combatendo contra tudo o que não a torne possível. Bautista (1995), citado por Alarcos (2002), diz-nos que toda a vida de Jesus, incluindo a sua dor, sofrimento e morte, é um gerar saúde, vida, tanto biológica (nível físico) como biográfica (nível emocional, social, intelectual e religioso) de cada indivíduo e da convivência social. Jesus anuncia um Deus amigo, que se faz samaritano, que se aproxima para cuidar, proteger, amparar e curar o enfermo. Este gesto redentor liberta a sua mensagem das teias de uma doutrina sem conteúdo e esperança salvífica. À missão de evangelizar, confiada aos apóstolos, é associado o mandato de curar os doentes como sinal da presença do reino de Deus (Mt 10,1). Deste modo, a Pastoral da Saúde, tem obrigações éticas no campo da saúde, assume os mínimos defendidos pelos princípios da ética biomédica e promove a ética dos máximos todas as vezes que fomenta o consolo, o testemunho, a proximidade e o evangelho. A Pastoral da Saúde deve impulsionar, coordenar e colocar-se ao jeito de um instrumento que conduza o cristão ao exercício da caridade, fraternidade, solidariedade face aos doentes (Férez, 1998).

A Pastoral da Saúde não se resume apenas à prática fria da tetralogia bioética dos princípios emanados do Relatório de Belmonte (1979) (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e amplamente abordados pelo principialismo³⁵. A sua ação parte da necessidade ética e humana de fazer bem, cuidar do outro, ser envolvido por um

³⁵ Cf. BEAUCHAMP, James e CHILDREES, James (2001). *Principles of Biomedical Ethics*, fifth edition, Oxford: University Press.

sentimento de compaixão, como um impulso que me obriga a olhar o outro, a reconhecê-lo como parte de mim. Cortina (2009) defende que um dos vínculos que me faz reconhecer o outro como interlocutor válido tem as suas raízes na tradição bíblica: “*carne da minha carne*” e “*e osso do mesmo osso*”. O outro é alguém que, de certo modo, me pertence e ao qual pertenço, carne da minha carne, sangue do meu sangue, da minha família, do meu gêneses, um reconhecimento a que a filósofa designa de “*reconhecimento cordial*”. Compaixão pelo outro, entendida pela autora, não como beneficência, mas como a capacidade de se compadecer com o sofrimento e a alegria de quem se reconhece carne da mesma carne. O reconhecimento cordial³⁶ faz-nos sentir e saber da mesma carne e do mesmo sangue, e como tal, dotados da mesma dignidade que não pode ser vilipendiada por ninguém, nem a qualquer preço, e porque assim reconhecido devo cuidar dele.

Pellegrino e Thomasma (2008), os máximos representantes da ética das virtudes da Bioética, consideram ser necessário fomentar um equilíbrio entre os princípios e regras, enquanto estes se referem apenas à ação, ao seu carácter moral objetivo; e a ética das virtudes, que governa a vida interior do agente ou agentes que realizam a ação. As regras sem coração e interiorização são frias, e as “*boas intenções*” sem uma moralidade objetiva são erradas. Neste contexto, os mesmos autores pretendem que ato médico não fique reduzido apenas ao curar, à realização de ações científicas que melhorem o sintoma observado, mas que seja um *cuidar* implicando o profissional na vida de sofrimento do doente. “*O cuidado é uma arte moral fundamental para qualquer prática do cuidado de saúde*” (2008, p. 105) com quatro sentidos³⁷: compaixão, assistência na vida, seguridade e competência.

A compaixão é definida como o cuidado de estar preocupado com a outra pessoa, partilhar algo da sua experiência de doença e dor, estar comovido com a situação difícil da pessoa. A assistência na vida é fazer pela outra pessoa o que não pode fazer por si mesma. A seguridade é voltar-se para o problema e disponibilizar todo o conhecimento e habilidade. E a competência é realizar todo o processo – pessoal e técnico – com atenção e perfeição. Assim, “*o cuidado integral, isto é, o cuidado que satisfaz os quatro sentidos que*

³⁶ Cf. MENDES, J. (2014: 19-44).

³⁷ Cf. Pellegrino e Thomasma (2008: 106-108) e Alonso (2013: 35-37).

definimos, é uma obrigação moral dos profissionais de saúde... A obrigação moral surge da relação humana especial que une a alguém que está doente com alguém que oferece a sua ajuda". Estes autores deixam claro que o exercício da caridade cristã é cuidar: "Os sentimentos de compaixão, cuidado e caridade para com o outro estão implementados na natureza humana por Deus e, em última instância, provêm d'Ele, como ocorre com tudo o que é bom em nós. Cuidando dos doentes, com toda a riqueza que encerra este termo, estamos cumprindo uma disposição para o bem que Deus nos implementou por natureza" (p. 108).

Feytor Pinto (1999) considera ainda que a Pastoral da Saúde, através da evangelização, tem a obrigação de propor os valores éticos fundamentais; na defesa e promoção dos direitos humanos e da vida; no esclarecimento e na busca da verdade esclarecedores de um consentimento responsável; na tarefa de proporcionar a todos, de modo justo, os cuidados de saúde; na promoção da humanização da saúde nos hospitais, centros de saúde, lares de idosos, entre outros; na educação para a saúde e na qualificação dos técnicos e pela presença efetiva nos lugares e situações onde está o homem doente (capelães, voluntários e cristãos batizados).

De referir ainda que o diálogo, entre a Bioética e a Teologia, pode ter um lugar prático na Pastoral da Saúde. A bioética está preocupada em "estabelecer pontes" entre a cultura científica e a humanística (Potter, 1971), através de "consensos" realizados por diálogos abertos e desinteressados que ajudem a uma tomada de decisão à luz dos valores e princípios morais (Hellegers, 1995), seja numa Bioética centrada no campo da saúde, seja numa Bioética global (Alarcos, 2005). García (2005) reconhece que a Bioética é o pano de fundo onde todas as ciências se encontram no diálogo consensual, que beneficie a qualidade de vida e a dignidade da pessoa humana. Entendida a Bioética como responsabilidade pela vida, "*ninguém haverá de eximir-se de estudá-la, praticá-la e projetá-la, como tão pouco haverá de abstrai-se do seu carácter civil e aconfessional, pluralista, autónomo e racional*" (p. 16). Continua ainda o autor que a Teologia, enquanto ciência, tem a responsabilidade de promover e participar na discussão interdisciplinar em torno das responsabilidades do ser humano e suas consequências nas opções humanas, sociais, técnicas e morais. A Teologia é um "*interlocutor válido*" a juntar às diversas

decisões em busca da defesa da vida e da dignidade humana, concretizada numa pastoral atenta às situações onde esta parece ser violada, desrespeitando a condição do homem como filho de Deus.

Na perspectiva de Gafo (2003), a fé cristã ou a teologia ilumina os valores humanos básicos, muitas vezes ofuscados pela nossa cultura e forma de perceber o mundo. Deste modo, o teólogo jesuíta considera que alguns valores cristãos são aplicados e vividos pela bioética, tais como:

- O valor e a intrínseca dignidade de todo o ser humano acima das suas circunstâncias externas e pessoais. O ser humano deve ser tratado como um fim em si mesmo e não como um meio.
- A vida humana constitui um valor fundamental de que não se pode dispor arbitrariamente.
- A ética de Jesus é uma ética em que a liberdade constitui um valor básico.
- A ética evangélica está baseada no amor, no dom gratuito, no dar sem esperar resposta, com uma predileção pelo pobre, débil e marginalizado.
- A ética de Jesus não é uma ética individualista, que prescindiu das repercussões sociais da sua ação em busca da autoperfeição pessoal. A mensagem de Jesus insiste na solidariedade humana.
- A ética cristã supõe a superação da espiral de violência. Não se vence o mal com o mal, mas com o bem.
- Todos estes valores evangélicos são respeitados pelas éticas não crentes e permitem um diálogo interdisciplinar com a Bioética e as distintas concepções de vida (cf. Gafo 2003, p.134-135).

Se, na fundamentação teológica da Pastoral da Saúde, compreendemos que a ação da Igreja passa pela promoção da saúde como acontecimento salvífico oferecido por Jesus Cristo e manifestado, ao longo da história do cristianismo, pelas ações de compaixão para com o que se encontra em absoluta vulnerabilidade psicológica, biológica, moral, espiritual, social, familiar... pela fundamentação bioética da Pastoral da Saúde somos levados a concluir que esta ação está inscrita nos princípios e virtudes éticas. Por outro

lado, a Pastoral da Saúde não pode exercer bem a sua missão sem a incorporação dos princípios e as virtudes éticas. À semelhança da Bioética, a Pastoral da Saúde, invade o tecido social, preocupa-se com a justiça, toca no pobre, idoso ou institucionalizado, dignifica-o, dá-lhe valor, razões de esperança, envolve e compromete todos na missão humanizadora e evangelizadora da saúde. Está atenta ao que sofre, alivia-lhe as dores, mas não se esquece que a saúde educa-se, cuida-se, que é macro e engloba o homem na sua componente física, emotiva, social, psíquica e espiritual. A Pastoral da Saúde como práxis da Igreja deverá promover Vida, Saúde junto dos mais débeis e vulneráveis (i.e. as pessoas idosas institucionalizadas) os primeiros necessitados de vida, incluindo, num ritmo harmonioso, os cuidadores, as estruturas e organismos, as entidades políticas, as famílias, as comunidades e os agentes pastorais exercendo, deste modo, a vivência dos princípios da bioética, das virtudes éticas e da evangelização.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

IV - Metodologia

1. Problema de investigação

A elaboração de uma tese de doutoramento exige reflexão e novidade científica sobre um tema específico, por isso, iniciámos o nosso estudo pela identificação de um problema de investigação científico. Este pressuposto torna-se necessário para a conseqüente evolução da investigação e apresentação dos dados recolhidos. Assim, propusemos para nosso estudo o tópico *cuidado integral* centrado na pessoa idosa institucionalizada, atendendo a que o cuidado integral se enquadra numa ética do cuidar, que nestas últimas décadas se vem impondo contrastando com a visão que tem por base os princípios ou direitos individuais. O exercício de cuidar o ser humano é uma tarefa de grande magnitude, pois este é um ser complexo e em contínua construção. Esta tarefa é também a missão da Pastoral da Saúde, enquanto promotora de uma ética do cuidar que reflita e cuide do Homem no seu todo.

A investigação empírica conduzida pelo conceito do *cuidado integral* justifica-se na convicção de que cuidar uma pessoa idosa não se reduz a cuidar apenas do seu corpo, mas a cuidar da sua integridade, cuidar no seu todo, exigindo uma mudança de paradigma intelectual e prática que não o reduza ao fragmento da dor ou doença, excluindo-o da dimensão psicológica, social, religiosa e espiritual. Cuidar de uma pessoa é cuidar de alguém e não de algo e, por isso, requer conhecimento técnico, profissional e uma sensibilidade bioética para cada circunstância e contexto histórico vividos.

O presente estudo pretende estudar o cuidado integral através do seguinte objetivo geral:

Caracterizar a vivência do cuidado integral nos lares e residências de idosos no contexto geográfico da Diocese Lamego na perspectiva dos seus atores, cuidadores e pessoas idosas, contribuindo para a prática de uma Pastoral da Saúde integradora de uma Ética do Cuidar.

Neste contexto, formulamos as seguintes questões centrais de investigação:

- 1) Como se caracterizam os lares e residências de idosos da Diocese de Lamego relativamente ao número, natureza jurídica, número de pessoas idosas acolhidas, número e formação dos cuidadores, atividades desenvolvidas e caracterização da assistência religiosa?
- 2) Quais as perdas físicas, lúdico-culturais, sócio-emocionais, religiosas e espirituais identificadas pelas pessoas idosas e cuidadores dos lares de idosos?
- 3) De que modo as perdas identificadas são consideradas para a dinâmica de funcionamento dos lares?
- 4) Como é assumido e vivido o cuidado integral da pessoa idosa institucionalizada?

2. Método

Neste trabalho, procuramos dar resposta às questões de investigação através da realização de dois estudos, designados de *Estudo 1* e *Estudo 2*. Os estudos concorrem, respetivamente, com métodos de investigação diferentes e complementares proporcionando um conhecimento mais abrangente sobre o objeto de estudo: lares de idosos. Optamos, assim, por um modelo de investigação misto, através do método quantitativo para o *Estudo 1* e do método qualitativo para *Estudo 2*.

O método quantitativo permite tornar mesurável os dados recolhidos, única forma de responder à primeira questão formulada. Enquanto que o método qualitativo, através de uma abordagem naturalista e interpretativa, permite-nos evidenciar as diferentes perspetivas dos atores e conhecedores do fenómeno em estudo (lares de idosos) dando primazia à sua experiência subjetiva como fonte de conhecimento na resposta ao problema identificado (Almeida & Freire, 2008).

Numa primeira fase apresentaremos os resultados recolhidos destes estudos, separadamente e de acordo com as questões a eles associadas e, numa segunda fase, procederemos à discussão dos dados anteriormente descritos no método quantitativo e

qualitativo, dando resposta à quarta questão central de investigação: “*Como é assumido e vivido o cuidado integral da pessoa idosa institucionalizada?*”.

Desenvolvemos esta fase recorrendo à triangulação³⁸ dos dados obtidos, através dos métodos e instrumentos utilizados, que permite comparar as diferenças e as semelhanças. O modelo misto deve entender-se, no nosso estudo, numa complementaridade e não em oposição. Para Kelle (2001) a triangulação não pretende comprovar ou revogar resultados com o recurso a diferentes métodos, mas produzir um retrato mais abrangente e completo do fenómeno em estudo, o que não seria alcançado apenas com um único método.

Denzin (1989) descreve quatro tipos de triangulação: “triangulação de dados”; “triangulação do investigador”; “triangulação teórica” e “triangulação metodológica”. Na nossa investigação centramo-nos essencialmente na “triangulação metodológica” que consiste na utilização de métodos diferentes para estudar o mesmo objeto de estudo. Na utilização do método quantitativo, através do questionário, pudemos alargar a recolha a todas as instituições, lares de idosos da Diocese de Lamego que, juntamente com a entrevista semiestruturada nos oferece uma maior informação quanto ao objetivo geral da nossa investigação.

3. Estudo 1

No *Estudo 1* optamos por realizar um estudo de carácter descritivo, uma vez que o objetivo é caracterizar e descrever num determinado momento as instituições, pessoas idosas e cuidadores. Fortin (2000) considera que a pesquisa descritiva pretende narrar as características de uma determinada população (pessoas idosas institucionalizadas) ou fenómeno (lares de idosos) fornecendo uma descrição dos dados sob a forma de palavras ou de números e relacionáveis entre as variáveis.

Através do *Estudo 1* procuraremos dar resposta à seguinte questão central de investigação:

³⁸ Conceito aplicado por alguns autores da investigação sociológica para argumentar a convergência e integração das diferentes perspetivas dos métodos qualitativos e quantitativos combinando-os e articulando-os entre si (cf. Denzin, 1989; Duarte, 2009; Figaro, 2014).

1) Como se caracterizam os lares de idosos da Diocese de Lamego relativamente ao número, natureza jurídica, número de pessoas idosas acolhidas, número e formação dos cuidadores, atividades desenvolvidas e caracterização da assistência religiosa?

3.1. Objetivos

Na realização do *Estudo 1* definimos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar institucionalmente os lares de idosos quanto ao número, natureza jurídica e distribuição geográfica;
- Caracterizar as pessoas idosas institucionalizadas quanto ao número, género e idade;
- Caracterizar os serviços, as atividades desenvolvidas e a sua frequência;
- Caracterizar o perfil profissional dos cuidadores (diretores técnicos, cuidadores técnicos e cuidadores) e a formação contínua promovida pelos lares de idosos;
- Caracterizar a assistência religiosa.

3.2. Participantes

O *Estudo 1* foi desenvolvido em todas as instituições com a valência de lar de idosos na Diocese de Lamego, constituída por seis arceprestados³⁹ com catorze concelhos: Mêda, Vila Nova de Foz Côa, Penedono, Sernancelhe, Moimenta da Beira, Vila Nova de

³⁹ A Diocese de Lamego em dezembro de 2012 procedeu à reorganização do tecido arceprestal devido a redução de número de sacerdotes em alguns dos seus concelhos. Dos catorze arceprestados existentes, que correspondiam aos catorze concelhos que integram a Diocese, criaram-se seis arceprestados agrupados e distribuídos do seguinte modo: 1) Amamar – Tarouca; 2) Castro Daire – Vila Nova de Paiva; 3) Cinfães – Resende; 4) Lamego; 5) Mêda – Penedono – São João da Pesqueira – Vila Nova de Foz Côa; 6) Moimenta da Beira – Tabuaço – Sernancelhe. Arceprestado é um conjunto de paróquias com o qual está configurada territorialmente a diocese para facilitar a assistência pastoral de uma atividade comum (Estatutos do Arceprestado, Diocese de Lamego, 2013). Esta é a única Diocese de Portugal cuja cidade da sua sede não constitui capital de distrito, por isso, assume freguesias de três distritos diferentes: Viseu, Guarda e Aveiro. Assim, consideramos que a divisão por arceprestados corresponde efetivamente à zona geográfica da Diocese.

Paiva, Armamar, São João da Pesqueira, Tabuaço, Tarouca, Lamego, Castro Daire, Resende e Cinfães.

Foram participantes, deste estudo, as 56 instituições, públicas e privadas, com a valência de lar de idosos. Assim, não procedemos à criação de uma amostragem, mas incluímos a totalidade das instituições existentes, através da participação dos diretores técnicos das referidas instituições. Nas instituições sem direção técnica foram participantes os gestores dessas instituições.

3.3. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados que consideramos mais ajustado para o *Estudo 1* é o questionário. Os questionários permitem que o investigador transforme em dados a informação que foi comunicada por uma determinada pessoa. McLean (2006) define o questionário como um conjunto de perguntas elaboradas com rigor e aplicadas, do mesmo modo, a um grupo de pessoas, permitindo a recolha de dados sobre os tópicos que o investigador pretende pesquisar. O questionário, pela uniformidade da sua apresentação, assegura a fidelidade do mesmo e facilita a comparação entre sujeitos (Fortin 2000). O questionário (anexo 1) permitiu-nos aceder a todos os lares da Diocese, com as mesmas instruções de preenchimento, custos reduzidos, garantindo o anonimato dos respondentes e recolher a totalidade dos dados necessários à concretização dos nossos objetivos.

Na elaboração do desenho do questionário recorremos à Carta Social⁴⁰, à bibliografia existente, à nossa experiência e aos objetivos do *Estudo 1* para formularmos questões fechadas, simples, de leitura fácil e de resposta direta.

Assim, o questionário realizado é constituído pelas seguintes dimensões de caracterização:

⁴⁰ A Carta Social é uma base de dados do Gabinete de Estratégia e Planeamento do Governo de Portugal com o registo de todas as instituições públicas e privadas de apoio social e disponível em www.cartasocial.pt.

- i) **caracterização institucional** (tipo de instituição, local de funcionamento, natureza jurídica e existência de outras valências);
- ii) **Caracterização da pessoa idosa institucionalizada** (número de pessoas idosas por género, distribuição por fase etária e capacidade máxima do lar);
- iii) **Caracterização dos serviços e atividades** (serviços e espaços oferecidos no lar como: serviço médico, enfermagem, capela, cabeleireiro..., tipo e frequência das atividades lúdicas, culturais e ocupacionais);
- iv) **Caracterização dos diretos técnicos, cuidadores técnicos e cuidadores** (número, género, área e formação do diretor técnico; número e área de intervenção dos cuidadores técnicos; número de cuidadores, função, género, formação profissional, característica do contrato de trabalho e formação contínua);
- v) **Caracterização da assistência religiosa** (assistente, tipo e periodicidade da assistência, equipa de dinamização pastoral).

3.4. Procedimentos de recolha e análise de dados

Definidos os objetivos e as dimensões de caracterização, elaborámos o questionário construindo um formulário on line com 29 questões, na plataforma *www.jotform.com*. Testámos a sua aplicabilidade e, através do link do mesmo, enviámos a todas as instituições com lares de idosos da Diocese de Lamego com registo na Carta Social.

As instituições foram contactadas através de telefone ou por correio electrónico para, de modo informal, sabermos o nome do responsável da instituição que nos autorizaria à realização do inquérito. Depois, enviámos formalmente por correio electrónico uma carta onde explicámos a razão da nossa investigação, a pessoa indicada para responder ao inquérito, o diretor técnico, e o respetivo link de acesso ao inquérito⁴¹. Às instituições foi garantido que os dados seriam tratados anonimamente, protegendo a identidade do inquirido e instituição. Após estas formalidades ético-legais enviámos o inquérito a 56

⁴¹ A carta enviada a todas as instituições encontra-se no Anexo 2.

lares de idosos, IPSS e entidades privadas, tendo obtido 56 respostas numa taxa de sucesso de 100%.

Os dados recolhidos através dos questionários foram analisados para detetar eventuais contrariedades nas respostas, nos casos em que estas se manifestaram, foi pedido ao respetivo Diretor Técnico a sua correção. Após a recolha das respostas das instituições, passámos à análise dos resultados utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

3.5. Apresentação dos resultados

Neste subcapítulo apresentaremos os resultados do *Estudo 1* dividido em cinco alíneas e que correspondem às cinco dimensões de caracterização que constituíram o questionário. Na apresentação dos resultados as categorias (variáveis) serão assinaladas a *italic*.

3.5.1. CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Os lares de idosos estão categorizados em *IPSS* e *entidade privada* (quadro 1). Nesta divisão, 53 instituições (94,6%) são IPSS e três (5,4%) entidades privadas, distribuídos pela seguinte *natureza jurídica*: 19 Associações de Solidariedade (33,9%); 17 Centros Sociais Paroquiais (30,3%); 16 Santas Casas de Misericórdia (28,6%); três Entidades Privadas (5,4%) e um Instituto de Organização Religiosa (1,8%). Relativamente à *natureza jurídica*, 34 instituições são de ereção canónica⁴² (60,7%), 19 Associações de Solidariedade Social (33,9%) e três Entidades Privadas (5,4%).

Quanto à existência de *outras valências* na instituição onde existe o lar de idosos, 52 instituições (93,9%) afirmam a sua existência.

⁴² Chama-se de ereção canónica ao ato através do qual a autoridade eclesial, Bispo, reconhece e aprova os estatutos de uma instituição religiosa, instituto de vida consagrada ou associação pública de fiéis. Os Centros Sociais Paroquiais, Institutos de Organização Religiosa e as Santas Casas de Misericórdia exercem sua função pública e de solidariedade social cristã após a ereção canónica.

QUADRO 1

Número e percentagem de lares em função da característica e natureza jurídica

	<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>IPSS/</i>	IPSS	53	94,6
<i>Entidade Privada</i>	Entidade Privada	3	5,4
<i>Total</i>		56	100,0
<i>Natureza jurídica</i>	Associações de Solidariedade	19	33,9
	Centro Paroquial*	17	30,3
	Santa Casa de Misericórdia*	16	28,6
	Entidade Privadas	3	5,4
	Institutos de Organização Religiosa*	1	1,8
<i>Outras valências</i>	Sim	52	93,9
	Não	4	7,1

* Instituições de ereção canónica

Na distribuição geográfica, o arquiprestado de Moimenta da Beira, Tabuaço e Sernancelhe possui 15 lares de idosos (26,5%). Os arquiprestado de Cinfães, Resende e de de Mêda, Penedono, São João da Pesqueira e Vila Nova de Foz Côa 12 (21,5%). O arquiprestado de Armamar e Tarouca sete (12,5%); e cinco o arquiprestado de Lamego em igualdade com arquiprestado de Castro Daire e Vila Nova de Paiva, (8,9%) respetivamente.

Na análise por concelhos, verificamos que os concelhos com maior número de lares de idosos são o concelho de Moimenta da Beira com oito lares (14,3%) e o concelho de Cinfães com sete (12,5%) em contraste com os concelhos de Castro Daire, Mêda, São João da Pesqueira e Tarouca com dois lares (3,6%) respetivamente.

QUADRO 2

Número e percentagem de lares em função dos Arciprestados

	<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Arciprestados</i>	Moimenta da Beira – Tabuaço - Sernancelhe	15	26,8
	Mêda – Penedono – São João da Pesqueira – Vila Nova de Foz Côa	12	21,4
	Cinfães – Resende	12	21,5
	Armamar – Tarouca	7	12,5
	Castro Daire – Vila Nova de Paiva	5	8,9
	Lamego	5	8,9
<i>Total</i>		56	100,0

3.5.2. CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Apresentamos, de seguida, a caracterização das pessoas idosas a residir em lares de idosos na Diocese de Lamego quanto ao género e grupos etários.

Os lares de idosos podem acolher 2206 idosos encontrando-se institucionalizadas 2140 pessoas, o que representa uma taxa de ocupação de 97%. Analisando cada uma das instituições, verificamos que quatro instituições ultrapassam a sua capacidade no total de sete indivíduos e 10 instituições albergam um número inferior à sua capacidade no total de 73 camas livres. Destas 10 instituições, com um número inferior à sua capacidade, três são Entidades Privadas ou equiparadas, quatro Irmandades da Santa Casa de Misericórdia, um Centro Social Paroquial e duas Associações de Solidariedade. De referir ainda que, estas Associações somam um total de 34 vagas e encontravam-se em funcionamento há menos de um ano aquando do preenchimento do questionário.

De acordo com o Censos de 2011, a população residente na Diocese de Lamego com mais de 65 anos é de 31 301 habitantes, enquanto que na mesma fase etária o número de pessoas idosas institucionalizadas é de 2115. Verificamos assim que 6,8% dos habitantes da Diocese, com mais de 65 anos, residem em lares de idosos.

Através da análise do quadro 3 verificamos que a percentagem dos dados recolhidos assemelham-se a outros estudos (Jacob, 2012) e relatórios⁴³ (MSESS, 2015) já efetuados, no que respeita ao género e idade das pessoas com idade avançada em lares, 1471 pessoas idosas (68,7%) são do género feminino e 669 (31,3%) do género masculino aumentando o seu número conforme a idade. Nestas instituições 1848 pessoas idosas (86,3%) tem idade igual ou superior a 75 anos, comprovando que os lares estão sobretudo a responder a uma população que pertence à designada “quarta idade”.

QUADRO 3

Número e percentagem em função da capacidade do lar e número e percentagem das pessoas idosas do lar em função do género e idade

<i>Variável</i>	<i>Lares</i>		<i>Idosos</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Capacidade máxima	9-20	10	17,8	138	6,2
	21-40	22	39,3	683	31
	41-60	16	28,6	777	35,2
	61-90	8	14,3	608	27,6
Total		56	100,0	2206	100,0
Género	Masculino			669	31,3
	Feminino			1471	68,7
Total				2140	100
Idade	< 64			25	1,2
	65-74			267	12,5
	75-84			859	40,1
	> 85			989	46,2
Total				2140	100

3.5.3. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES

No encaço dos objetivos definidos, apresentamos a caracterização dos serviços, espaços disponibilizados e as atividades com o intuito de os relacionarmos posteriormente com o cuidado integral das pessoas idosas.

⁴³ O Relatório de 2015 da Carta Social refere que 80% dos idosos da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) têm mais de 75 anos e 70% desses idosos são do género feminino. O mesmo relatório refere que as pessoas idosas com 95 ou mais anos em 2014 atingem um peso de 4%.

No questionário, através da apresentação de uma lista com vários itens, perguntamos: “Quais os serviços e espaços oferecidos no edifício lar de idosos?”. Os inquiridos tinham acesso à escala de respostas *não existe*, *acesso gratuito* ou *pagamento extra*. No tratamento dos dados, estes serviços, foram agrupados em quatro categorias, *cuidados de saúde*, *reabilitação e exercício físico*, *cultura* e *outros* onde inserimos os itens *cabeleireiro*, *manicura/pedicura*, *acompanhamento a serviços* e *transporte*.

Na análise do quadro 4 verificamos que os *cuidados de saúde* assumem-se como dimensão privilegiada na generalidade das instituições. A *enfermagem* é de acesso gratuito em 50 lares (89,3%) e a *assistência médica* em 45 (80,4%).

Se a saúde física é amplamente cuidada, o mesmo não comprovamos em relação à saúde mental, embora se realizem frequentemente jogos de estimulação cognitiva em 44 instituições (quadro 6). O processo de envelhecimento traz necessariamente o declínio das capacidades físicas e psicossociais, necessitando ambas de ser cuidadas. Neste contexto, verificamos que apenas 23 lares (41,1%) possuem serviço gratuito de *psicologia*.

Relativamente à *reabilitação e exercício físico* verificamos a ausência de *fisioterapia* em 20 instituições (35,7%) e em 16 lares (28,6%) surge como serviço pago. Quanto aos itens *natação* e *ginásio* não existem correspondentemente em 73,2% e 60,7% das instituições.

O serviço de *cabeleireiro* é pago em 36 lares (64,3%) e na mesma percentagem a *manicura/pedicura* é de *acesso gratuito*. Os itens *acompanhamento a serviços* e *transporte* é de *acesso gratuito* em 91% e 57,1% dos lares, respetivamente.

QUADRO 4

Número e percentagem em função do tipo de serviço e espaços oferecidos pela instituição

<i>Variável</i>	<i>Não existe</i>		<i>Acesso gratuito</i>		<i>Pagamento Extra</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>Cuidados de saúde</i>	Médico	2	3,6	45	80,4	9	16,1
	Enfermagem			50	89,3	6	10,7
	Psicólogo	25	44,6	23	41,1	8	14,3
	Farmácia	13	23,2	8	14,3	35	62,5
<i>Reabilitação e exercício físico</i>	Natação	41	73,2	10	17,9	5	8,9
	Ginásio	34	60,7	20	35,7	2	3,6
	Fisioterapia	20	35,7	20	35,7	16	28,6
<i>Cultura</i>	Jornal Diário	27	48,2	26	46,4	3	5,4
	Internet	28	50	28	50		
	Biblioteca	28	50	28	50		
<i>Outros</i>	Bar	34	60,7	9	16,1	13	23,2
	Cabeleireiro	2	3,6	18	32,1	36	64,3
	Manicura / Pedicura	8	14,3	36	64,3	12	21,4
	Acompanhamento a serviços			51	91,1	5	8,9
	Transporte	1	1,8	32	57,1	23	41,1

No quadro 5 apresentamos a caracterização das atividades desenvolvidas nos lares de idosos com as categorias *atividades lúdicas*, *atividades culturais* e *atividades ocupacionais*. As *atividades lúdicas* realizam-se com frequência em todas as instituições. Observamos que as atividades no espaço exterior são as que mais se realizam tais como *jogos no exterior*, *caminhadas*, *passeios* e *convívios com a comunidade exterior*. Verificamos ainda que todas as instituições permitem o *acesso livre ao exterior* dos seus idosos.

Na variável *atividades culturais* observamos que os itens *dias comemorativos* e *música* realizam-se frequentemente, isto é, em 53 lares os *dias comemorativos* e em 45 lares a *música*. As atividades *teatro* e *cinema* foram consideradas como atividades *nunca* ou *poucas vezes* realizadas em 40 de 37 instituições, respetivamente. As restantes *atividades culturais*, tem uma distribuição homogénea nas respostas quanto à sua frequência de realização.

Quanto às *atividades ocupacionais* verificamos que as *atividades domésticas* e as *atividades jardins e hortas* não se realizam ou realizam-se poucas vezes em 38 e 27 instituições. Ainda que, na sua maioria, sejam pessoas idosas de ambientes rurais estas atividades não são privilegiadas pela instituição. Por outro lado, no sentido inverso às atividades anteriores, as atividades *trabalhos manuais* (croché, bordados...) e *expressão plástica* (pintura, escultura...) realizam-se com bastante frequência. Verificamos também que 44 instituições realizam frequentemente *jogos de estimulação cognitiva*, tal como referido anteriormente.

Em síntese, grande parte das questões foram respondidas na escala de resposta *algumas vezes* ou *muitas vezes* para as *atividades lúdicas e ocupacionais*. As *atividades culturais* apresentam pouca incidência na frequência *muitas vezes*, com exceção para os *dias comemorativos*.

QUADRO 5

Frequência das atividades oferecidas pelas instituições em função das atividades lúdicas, culturais e ocupacionais

	<i>Variável</i>	<i>Nunca</i>	<i>Poucas</i>	<i>Algumas</i>	<i>Muitas</i>
		<i>n</i>	<i>Veze</i>	<i>Veze</i>	<i>Veze</i>
Atividades lúdicas	Jogos de mesa		6	21	29
	Jogos exteriores	2	9	42	3
	Caminhadas		3	32	21
	Passeios e convívios	1	10	35	10
	Acesso livre ao exterior		1	11	44
	Convívios com a Comunidade exterior		6	32	18
Atividades Culturais	Filmes e documentários	5	19	25	7
	Dias comemorativos	1	12	15	38
	Comentários de Jornais e Revistas	10	17	22	7
	Dança	9	15	20	12
	Música	3	8	27	18
	Teatro	17	23	16	
	Cinema	22	15	17	1
Atividades Ocupacionais	Domésticas	19	19	14	4
	Trabalhos manuais	2	7	21	26
	Expressão Plástica	3	10	17	26
	Jardins ou horta	17	10	24	5
	Jogos de estimulação cognitiva	3	9	18	26

3.5.4. CARACTERIZAÇÃO DOS DIRETORES TÉCNICOS, CUIDADORES TÉCNICOS E CUIDADORES

Na descrição deste objetivo e em virtude das opções por nós assumidas, relativamente à conveniência do estudo, agrupamos os cuidadores em três categorias: *diretores técnicos*, *cuidadores técnicos* e *cuidadores*. Nos *cuidadores técnicos* consideramos todos os que possuem uma formação académica que lhes permite exercer a sua função como técnicos ou especialistas: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros. No grupo dos *cuidadores* criamos duas subcategorias *cuidadores diretos* e *outros serviços*. Nos cuidadores diretos, aqueles cuja área de intervenção é *limpeza*,

auxiliares da ação direta e auxiliares de animação e nos outros serviços as áreas como cozinha, recepção, motorista, manutenção da casa, jardins e quinta, segurança e outros. Esta divisão pretende facilitar a apresentação dos dados, a seleção dos participantes para o *Estudo 2* e a discussão dos resultados.

Relativamente à direção técnica dos lares de idosos uma instituição refere que não possui *diretor técnico* (quadro 6). Em 50 lares (91%) o diretor técnico é do género *feminino*, em 33 (58,9%) tem formação na área de *Ação Social* e em 54 (96,4%) o diretor técnico possui o grau académico de *licenciatura* ou *mestrado*. Verificamos que duas instituições mencionam que o seu diretor técnico não possui formação académica, numa porque ele não existe e noutra, apesar de existir, não possui grau académico. Sublinhamos ainda que, ao nível de formação, apenas um diretor técnico possui licenciatura na área da *Gerontologia*.

Quanto ao tipo de *contrato de trabalho* 37 diretores técnicos (66,1%) possuem *contrato sem termo certo*, dois *sem contrato de trabalho* e um é *voluntário*. A existência de diretores técnicos sem contrato de trabalho deve-se ao facto de uma instituição ter assinalado a sua inexistência. Na outra, apesar de existir e com formação académica na área da educação, o diretor técnico é o proprietário da instituição sem vínculo contratual com a mesma. E o diretor técnico que exerce a sua função como voluntário, tem formação académica na área da saúde, mas sem vínculo contratual, porque esta função é exercida pela religiosa do instituto religioso proprietário do lar de idosos.

QUADRO 6

Número e percentagem de diretores técnicos em função do género, área de formação e contrato de trabalho

	<i>Variável</i>	<i>Diretores técnicos</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>
Género	Masculino	5	9
	Feminino	50	91
Total		55	100,0
Área de Formação	Nenhuma	1	1,8
	Gerontologia	1	1,8
	Psicologia	8	14,3
	Sociologia	5	8,9
	Ação Social	33	58,9
	Gestão	2	3,5
	Área da Saúde	3	5,4
	Outra	3	5,4
Total		56	100,0
Nível de Formação	Nenhum	2	3,6
	Licenciatura	48	85,7
	Mestrado	6	10,7
Total		56	100,0
Contrato de Trabalho	Nenhum	2	3,5
	Contrato a termo certo	10	17,8
	Contrato a termo incerto	3	5,4
	Contrato sem termo	37	66,1
	Prestador de serviços	3	5,4
	Voluntário	1	1,8
Total		56	100,0

Relativamente aos *cuidadores técnicos* verificamos, à semelhança dos *cuidados de saúde* anteriormente referidos, a existência de *médico* e *enfermeiro* correspondentemente em 47 e 53 instituições (quadro 7). Em 46 instituições existem *animadoras sociais*, número que contribuiu para a frequência das *atividades lúdicas* e *ocupacionais* anteriormente referidas.

Verificamos, no entanto, a ausência de técnicos com formação para a reabilitação e exercício físico, 33 lares não possuem técnico de *fisioterapia* e 28 lares não têm técnico de *educação física*, assim como uma nítida ausência de *nutricionistas* em 45 lares e de *auxiliares geriátricos* em 53 lares.

QUADRO 7
Número de cuidadores técnicos

<i>Variável</i>	<i>Nenhum Técnico</i>	<i>Um técnico</i>	<i>Dois técnicos</i>	<i>Três ou mais técnicos</i>	Total técnico	
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	
Especialidade	Médico	9	42	4	1	53
	Enfermeiro	3	38	10	5	75
	Fisioterapia	33	21	1	1	29
	Educação Física	28	26	2	0	56
	Psicólogo	33	22	1	0	24
	Nutricionista	45	11	0	0	11
	Animador Social	10	41	5	0	51
	Auxiliar Geriátrico	53	3	0	0	3

Os *cuidadores diretos*, de modo particular os *auxiliares da ação direta*, são aqueles que, pela sua função, estão mais próximos das pessoas idosas prestando cuidados desde a higiene, refeição, limpeza dos espaços até à animação lúdico cultural. Exercem um trabalho, tantas vezes discreto, mas preponderante para um bom funcionamento da instituição e integração da pessoa idosa. A sua caracterização quanto ao *género*, *área de intervenção*, *nível de formação* e *contrato de trabalho* ajudar-nos-á na concretização do objetivo geral do nosso estudo, tornando-os juntamente com as pessoas idosas, os atores centrais para a caracterização do cuidado integral nos lares de idosos.

Na análise dos dados recolhidos e posterior tradução para os quadros que anexamos (quadro 8 e 8.1), deparámos que o número total de cuidadores não coincide nas variáveis *género*, *nível de formação* e *contrato de trabalho*. Isto é, o número total de cuidadores recolhidos quanto ao *género* deveria corresponder ao mesmo número de cuidadores nos itens *nível de formação* e *contrato de trabalho*. Apesar de não ser possível determinar o número exato de cuidadores a exercer a sua função nos lares de idosos, optámos por referir a totalidade dos mesmos, conforme a recolha efetuada para cada uma das categorias: *género*, *área de intervenção* e *contrato de trabalho*.

No que se refere à totalidade de cuidadores, verificamos no *gênero* 1244 cuidadores, no *nível de formação* 1240 cuidadores e no *contrato de trabalho* 1214 cuidadores. Quanto ao *gênero*, 88 cuidadores (7,1%) são do gênero *masculino* e 1156 do gênero *feminino* (92,9%).

No quadro 8 verificamos que no item *área de intervenção* 911 cuidadores diretos (73,2%) exercem a sua função nos serviços de *limpeza*, *auxiliares da ação direta* e *auxiliares de animação*, por sua vez, os *auxiliares da ação direta* são o grupo com maior presença, 51% dos *cuidadores*.

QUADRO 8

Número de cuidadores em função do gênero e área de intervenção

	<i>Variável</i>	<i>Cuidadores</i>		<i>Gênero</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>m</i>	<i>f</i>
<i>Gênero</i>	<i>Masculino</i>	88	7,1	-	-
	<i>Feminino</i>	1156	92,9	-	-
Total		1240	100,0		
<i>Área de intervenção</i>	<i>Limpeza</i>	258	20,7	4	254
	<i>Ajudantes da ação direta</i>	634	51	18	616
	<i>Auxiliares de animação</i>	19	1,5	2	17
	<i>Total de cuidadores diretos</i>	911	73,2	24	887
	<i>Outros serviços*</i>	333	26,8	64	269
Totais		1244	100,0	88	1156

* Engloba cozinha, recepção, motoristas, manutenção da casa, jardins e quinta, segurança e outros.

No que diz respeito ao *nível de formação* (quadro 8.1) verificamos que 464 (32,1%) cuidadores diretos (*limpeza*, *auxiliares da ação direta* e *auxiliares da animação*) têm um nível de escolaridade igual ou inferior ao 9º ano de escolaridade (*Ensino Básico*); 399 cuidadores diretos (36,9%) completaram a escolaridade do ensino secundário e 43 indivíduos (3,5%) com um *curso profissional*. O número de cuidadores diretos com o nível de licenciatura é de três (0,3%).

Verificamos que 459 *cuidadores diretos* (*limpeza*, *auxiliares da ação direta* e *auxiliares da animação*), que perfazem 37,8%, possuem contrato de trabalho *sem termo* e 440 *cuidadores diretos* (36,2%) com contrato de trabalho temporário (*termo certo*, *termo incerto*, *centro de emprego e estágio*).

QUADRO 8.1

Número e percentagem de cuidadores diretos em função da escolaridade e contrato de trabalho

Variável	Cuidadores diretos						Outros serviços		Total		
	Limpeza		Ação Direta		Auxiliar animação		Outros*		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nível de Formação	Ensino Básico	132	10,6	331	26,7	1	0,1	183	14,8	647	52,2
	Ensino Secundário	113	9,1	279	22,5	7	0,6	121	9,7	520	41,9
	Curso Profissional	11	0,9	22	1,8	10	0,8	11	0,8	54	4,3
	Licenciatura	1	0,1	1	0,1	1	0,1	16	1,3	19	1,6
Total		257	20,7	633	51,1	19	1,6	331	26,6	1240	100,0
Contrato de trabalho	Termo certo	92	7,6	204	16,8	8	0,7	97	8	401	33,1
	Termo incerto	12	1	74	6,1	-	-	14	1,1	100	8,2
	Sem termo	135	11,1	316	26	8	0,7	186	15,3	645	53,1
	Centro de Emprego	25	2,1	19	1,6	1	0,1	15	1,2	60	5
	Estágio	1	0,1	4	0,3	-	-	3	0,2	8	0,6
Total		265	21,9	617	61,3	17	1,5	315	25,8	1214	100,0

- Engloba cozinha, receção, motoristas, manutenção da casa, jardins e quinta, segurança e outros.

Relativamente ao número de horas de formação contínua desenvolvidas no último ano, 20 instituições (36%) responderam que promoveram 25 horas de formação contínua; 26 (46,4%) entre as 26 e 50 horas e dez (18%) mais de 51 horas anuais.

As instituições foram questionadas sobre as temáticas das últimas quatro formações contínuas e obtivemos um total de 160 temáticas de formação promovidas pelos 56 lares de idosos. No sentido de nos ser mais fácil a sua leitura, porque se trata de uma pergunta de resposta aberta, associámos as temáticas de formação em doze categorias consoante a área disciplinar (quadro 9). Neste contexto, verificamos que as temáticas com maior número de referências incorporam-se na categoria: *segurança e higiene no trabalho* (15,6%), *primeiros socorros e cuidados de saúde* (17%) e *gerontologia* (14,7%). No item *primeiros socorros e cuidados de saúde* agrupámos os temas como suporte básico de vida, cuidados humanos básicos – alimentação e mobilidade e noções básicas de microbiologia; em *gerontologia* os títulos, higiene da pessoa idosa em lares e centros de dia, cuidados geriátricos, posicionamento de idosos, papel do cuidador formal com doentes com Alzheimer. A análise das respostas também nos permite observar as áreas temáticas com menor número de formação: *ética e deontologia* (2,2%), *psicologia* (1,7%) e *ação social* (4,5%).

QUADRO 9

Número e percentagem de formação em função das temáticas das últimas quatro formações contínuas

<i>Variável</i>	<i>F 1*</i>	<i>F 2*</i>	<i>F 3*</i>	<i>F 4*</i>	<i>%**</i>
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	
Nenhuma	2	14	20	28	28,6
Segurança e Higiene no trabalho	12	9	8	6	15,6
Psicologia do Idosos	1	-	-	-	0,4
Outras áreas de Psicologia	-	3	-	-	1,3
Ação Social do Idoso	1	2	2	1	2,7
Outras áreas da Ação Social	-	1	1	2	1,8
Primeiros socorros e cuidados de saúde	15	8	10	5	17
Saúde	5	3	5	4	7,6
Gerontologia	11	10	5	7	14,7
Animação Social	1	1	-	1	1,3
Administração e Recursos Humanos	5	3	4	1	5,8
Ética e Deontologia	3	1	1	-	2,2
Outras áreas	-	1	-	1	0,9

* F1, F2, F3 e F4 (formação 1, Formação 2, Formação 3 e Formação 4)

** Percentagem calculada na base da totalidade das 224 respostas recolhidas sobre as temáticas de formação descritas nos questionários.

3.5.5. CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA RELIGIOSA

A nossa investigação pretende ser um contributo para a prática da Pastoral da Saúde, envolvendo todos os intervenientes dos lares de idosos da nossa investigação. A Pastoral da Saúde, como já referimos no enquadramento teórico, compreende a pessoa no seu todo, não esquecendo as componentes biológica, psicológica, social, cultural, espiritual e religiosa (Feytor Pinto, 1999). Ao estudarmos a vivência do cuidado integral, nos lares de idosos, integramos estas dimensões da pessoa humana. Neste sentido, consideramos que a dimensão espiritual e religiosa, na pessoa idosa institucionalizada e no contexto geográfico em estudo, assume particular relevância. Por isso, optamos por destacar a assistência religiosa do conjunto das atividades desenvolvidas nas instituições em estudo. Nesta

caracterização religiosa foram formuladas questões sobre: os serviços e espaços religiosos oferecidos no lar e sobre o tipo e a periodicidade da assistência religiosa.

Na análise dos quadros 10.1 e 10.2 verificamos que o serviço religioso é oferecido na totalidade das instituições, embora de modos diferentes. Em 16 lares *não existe* o espaço *capela*, no entanto, o *serviço religioso* é disponibilizado em 52 lares (94,5%).

QUADRO 10.1

Número e percentagem em função do tipo de serviço e espaços religiosos oferecidos pela instituição

<i>Variável</i>	<i>Não existe</i>		<i>Existe</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Serviço Religioso	3	5,5	52	94,5	55*	100,0
Capela	16	28,6	40	71,4	56	100,0

* Foi considerada inválida uma resposta

Quando inquirimos se o lar tem assistência religiosa, todas as instituições afirmaram a sua existência. Em 48 lares (85,7%) esta assistência é realizada pelo pároco, sete lares (12,5%) possuem capelão e num (1,8%) a assistência religiosa está a cargo dos próprios idosos.

QUADRO 10.2

Número e percentagem em função do tipo de assistente religioso

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Pároco	48	85,7
Capelão	7	12,5
Utentes	1	1,8
<i>Total</i>	56	100,0

Relativamente ao tipo de assistência religiosa (quadro 10.3) oferecido às pessoas idosas, verificamos que a *preparação para a vivência dos sacramentos* e a *assistência e acompanhamento no momento da morte* são realizadas *algumas vezes* e *muitas vezes* em 35 e 43 instituições, respetivamente. Através da categoria *voluntários e visitantes*, pretendíamos saber se os diversos movimentos paroquiais realizam acompanhamento ou

visita aos idosos prestando apoio social ou espiritual e verificamos que é pouco frequente em 24 instituições. No item *integrada na Pastoral da Paróquia* 36 instituições responderam que se realiza *algumas vezes* ou *muitas vezes* e 20 responderam que este tipo de assistência *nunca* ou *poucas vezes* acontece.

Quanto à *assistência de outras confissões religiosas (islamismo, protestantismo...)* considerámos 55 respostas válidas e 40 lares de idosos responderam que *nunca* existiu, seis *poucas vezes* e nove *algumas vezes* ou *muitas vezes*.

QUADRO 10.3

Tipo de assistência religiosa em função da frequência

<i>Variável</i>	<i>Nunca</i>	<i>Poucas Vezes</i>	<i>Algumas Vezes</i>	<i>Muitas Vezes</i>
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
Preparação para a vivência dos sacramentos	7	4	26	9
Assistência e acompanhamento no momento da morte	7	6	21	22
Voluntários e visitantes	10	14	24	8
Integrada na Pastoral da Paróquia	15	5	21	15
Assistência de outras confissões religiosas (Islamismo, Protestantismo...)*	40	6	4	5

* Consideraram-se 55 respostas válidas na variável *assistência de outras confissões religiosas (Islamismo, Protestantismo...)*.

O questionário permite-nos caracterizar a periodicidade (quadro 10.4) da assistência religiosa em função do tipo (sacramental, catequética e espiritual) e concretizada nos nossos lares idosos. Atendendo ao facto que, no nosso território de estudo as outras confissões religiosas têm pouca expressão, esta questão versou essencialmente sobre a assistência religiosa cristã.

O sacramento da *Eucaristia* é celebrado *diariamente* em dois lares, *duas a três vezes por semana* em cinco lares, *uma vez por semana* em 28 lares e *nunca* em dois lares. Quanto ao sacramento da *Santa Unção (celebração comunitária)*, 12 instituições *nunca* celebraram e em 33 lares celebra-se *uma vez por ano*. Enquanto que a distribuição da *Sagrada comunhão por ministros da comunhão nunca* acontece em 18 instituições, em seis realiza-se *diariamente* e em 20 lares *uma vez por semana*.

No item da assistência *catequética e formativa* 34 instituições não realizam formação catequética e formativa e 13 lares *uma vez por ano*. Quanto ao *acompanhamento e aconselhamento espiritual* verificamos que 17 instituições não o promovem, 12 realizam-no mensalmente e 13 anualmente.

As *devoções (terço, via sacra...)* são as atividades religiosas mais promovidas nos lares de idosos. Em 45 instituições realizam-se diariamente e em quatro semanalmente. Verificamos ainda que quatro lares *nunca* realizam este tipo de atividade religiosa.

Questionámos, por fim, os inquiridos sobre a existência de uma equipa pluridisciplinar de dinamização pastoral nos lares de idosos, facilitadora de uma dinâmica da Pastoral da Saúde. Das 56 instituições, 49 responderam que *não* existe esta equipa pluridisciplinar.

Em síntese, as instituições estão preocupadas com a assistência religiosa, no entanto, é predominantemente sacramental: na preparação da vivência sacramental em 35 lares; na celebração da Eucaristia, pelo menos uma vez por semana, em 35 lares; e na distribuição da Sagrada Comunhão, em 28 lares. Verificamos que a atualização da Fé através de catequese e formação nunca acontece em 34 lares e quando existe realiza-se uma vez por ano em 13 instituições. O acompanhamento espiritual também é pouco realizado: em 17 lares nunca e em 13 uma vez por ano. Verificamos que as devoções, oração litânica, são promovidas amplamente e, pelo menos, uma vez por semana em 50 instituições.

QUADRO 10.4

Periodicidade da assistência religiosa em função do tipo de assistência.

<i>Variável</i>	<i>Nunca</i>	<i>Diário</i>	<i>2 a 3 vezes por semana</i>	<i>1 vez por semana</i>	<i>2 vezes por mês</i>	<i>1 vez por mês</i>	<i>1 vez por ano</i>
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
Eucaristia	2	2	5	28	2	9	8
Confissão	3	3	-	6	3	18	23
Santa Unção (celebração comunitária)	12	1	-	1	-	8	33
Catequética e formativa	34	-	-	2	-	7	13
Acompanhamento e aconselhamento espiritual	17	4	1	3	6	12	13
Devoções (terço, via sacra...)	4	45	1	4	1	1	-
Sagrada comunhão por ministros da comunhão	18	6	2	20	2	6	2

1. Estudo 2

A concretização do objetivo geral da nossa investigação não depende apenas da metodologia quantitativa, mas da consciência de que os resultados da investigação, para se tornarem úteis, devem refletir as perspectivas dos atores envolvidos nos lares de idosos, como são os cuidadores e as pessoas idosas. Cuidar de uma pessoa idosa não se reduz à qualidade física dos tratamentos, do espaço lar, do número de idosos ou da qualificação dos seus cuidadores, mas na consciência constante de que os cuidados prestados são desenvolvidos de forma humana e sensível. A resposta a esta questão será tanto mais aprofundada e pertinente se utilizarmos, de modo rigoroso, a pesquisa qualitativa, enquanto nos permite estudar as coisas no seu “*setting*” natural tentando dar sentido ou interpretar os fenômenos no contexto em que as pessoas se encontram (Denzin e Lincoln, 2005).

Neste sentido, o *Estudo 2*, que agora passamos a apresentar, contribuirá para a resposta às questões centrais de investigação já referidas:

2) Quais as perdas físicas, lúdico-culturais, sócio emocionais, religiosas e espirituais identificadas pelas pessoas idosas e cuidadores dos lares de idosos?

3) De que modo as perdas identificadas são consideradas para a dinâmica de funcionamento dos lares?

4.1. Objetivos

Na realização do *Estudo 2*, e atendendo às questões centrais apresentadas, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as perdas físicas, lúdico-culturais, sócio emocionais e espirituais manifestadas pelas pessoas idosas;
- Conhecer o contexto espacial e relacional das perdas culturais, emocionais e espirituais da pessoa idosa, na perspectiva da pessoa idosa e do cuidador;
- Caracterizar a vivência institucional das pessoas idosas na perspectiva do cuidador e na perspectiva da pessoa idosa;
- Caracterizar, na perspectiva do cuidador e da pessoa idosa, as atividades, atitudes e tarefas dos cuidadores e instituição na resposta às perdas identificadas e à caracterização da vivência institucional;
- Identificar as dificuldades sentidas pelo cuidador, na sua missão de cuidar e a avaliação que faz das mesmas e descrever a formação adquirida.

4.2. Participantes

Nogueira-Martins e Bógus (2004) citando Minayo (1994) consideram que as amostras, no método qualitativo, são propositais / intencionais (*purposeful sampling*), enquanto procuram estudar certos casos selecionados sem a preocupação ou necessidade de generalização para todos os casos. Para que o processo de amostragem reflita a totalidade do fenómeno a estudar nas suas múltiplas funções, o investigador deve procurar uma amostra que: i) privilegie os sujeitos que detêm as informações e experiências que se pretende conhecer; ii) considere o número suficiente de experiências; iii) inclua participantes que possibilitem a apreensão de semelhanças e diferenças. Assim, utilizamos um processo de amostragem teórica, procurando participantes que tivessem um

conhecimento privilegiado do fenómeno em análise, as suas variações e tipicidades (Strauss e Corbin, 1990).

A nossa amostra do *Estudo 2* é uma amostra teórica e de conveniência. Os lares de idosos estão divididos, pela sua natureza jurídica, em: Associações de Solidariedade, Centros Sociais Paroquiais, Santas Casas de Misericórdia, Entidades Privadas e Institutos de Organização Religiosa, estando implementados em zonas geográficas rurais, semiurbanas e urbanas da Diocese de Lamego. Esta divisão foi o ponto de partida para a construção da nossa amostra constituída por cuidadores diretos e pessoas idosas de cinco lares idosos, com natureza jurídica e zonas geográficas diferentes. Centrados no nosso problema de investigação, convidámos cinco instituições, com a valência de lar de idosos, a integrar este estudo.

A escolha dos participantes foi conduzida pela preocupação de encontrarmos os sujeitos que detenham mais informação e experiência sobre o fenómeno em estudo, lares de idosos. A caracterização dos cuidadores e pessoas idosas, realizada através do *Estudo 1*, ajudou-nos nesta escolha. Os *cuidadores diretos* ocupam uma percentagem de 73,2% dos cuidadores dos lares de idosos, com particular incidência os cuidadores da carreira de ajudantes da ação direta que ocupam uma percentagem de 51% dos cuidadores⁴⁴. Aos ajudantes da ação direta⁴⁵ compete trabalhar diretamente com a pessoa idosa auxiliando-a na alimentação, mobilidade, higiene e vestuário, tendo em atenção o seu estado físico, psíquico e espiritual. A sua experiência e proximidade com as pessoas idosas torna-os bons informantes para a questão que nos traz a este estudo. Assim, selecionamos cinco ajudantes da ação direta a exercer a sua função em lares de idosos de natureza jurídica diferente, com uma experiência de trabalho superior a dois anos e de ambos os géneros. A opção por estes critérios de seleção passou por criar um grupo de informantes heterógeno, quanto ao género e experiência profissional do cuidador, e ainda quanto à natureza jurídica e localização geográfica da instituição.

⁴⁴ Dados apresentados no *Estudo 1* na caracterização dos cuidadores, quadro 8.

⁴⁵ O decreto de lei 414/99, de 15 de outubro cria as carreiras profissionais dos organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e estabelece, no anexo II, as competências dos ajudantes da ação direta.

O nosso estudo quer conhecer não só a perspectiva do cuidador, mas também a perspectiva da pessoa idosa acolhida nos lares de idosos. Incluímos na nossa amostra 10 pessoas idosas, dois por cada uma das cinco instituições selecionadas, com um período de institucionalização superior a dois anos, de géneros diferentes e que revelaram competência física, emocional e psíquica para dialogar com o investigador. Na escolha destes critérios presidiu a convicção de que: a institucionalização da pessoa idosa requer um tempo de adaptação; a informação recolhida por diferentes géneros é uma mais valia e de que as pessoas idosas, sendo os atores principais dos lares, são bons informantes para a nossa investigação.

Após a seleção das cinco instituições, a definição dos critérios de seleção dos participantes e em diálogo com os diretores técnicos das instituições selecionadas, que nos ajudaram na seleção dos entrevistados, constituímos a nossa amostra de 15 participantes com as seguintes características:

- cinco cuidadores, quatro do género feminino e um do género masculino, quatro com tempo de experiência superior a seis anos e um entre os 4-6 anos, um com menos de 30 anos, três com a idade entre os 31-40 anos e um entre os 41-50 anos (quadro 11.1);

QUADRO 11.1
Caracterização dos participantes cuidadores

<i>Variável</i>	<i>Cód.</i>	<i>Idade</i>	<i>Género</i>	<i>Tempo de experiência</i>
<i>Cuidador</i>	Lar1_cd1M	31-40	Masculino	>6
	Lar2_cd2F	41-50	Feminino	>6
	Lar3_cd3F	31-40	Feminino	>6
	Lar4_cd4F	>30	Feminino	4-6
	Lar5_cd5F	31-40	Feminino	>6

- dez pessoas idosas, três do género masculino e sete do género feminino, cinco viúvos, quatro casados e um solteiro, cinco dos idosos têm outros familiares na instituição, um com a idade entre os 76-80 anos e nove com idade superior a 80 anos (quadro 11.2).

QUADRO 11.2
Caracterização dos participantes pessoas idosas

Variável	Cód.	Idade	Género	Estado Civil	Tempo de Permanência	Presença de Familiares
<i>Idoso</i>	Lar1_id1M	76-80	M	Viúvo	1-3	Não
	Lar1_id2F	>80	F	Casada	>10	Sim
	Lar2_id3M	>80	M	Casado	4-6	Sim
	Lar2_id4F	>80	F	Viúva	4-6	Não
	Lar3_id5F	>80	F	Viúva	7-10	Não
	Lar3_id6F	>80	F	Solteira	7-10	Sim
	Lar4_id7M	>80	M	Casado	4-6	Sim
	Lar4_id8F	>80	F	Casada	4-6	Sim
	Lar5_id9F	>80	F	Viúva	7-10	Não
	Lar5_id10F	>80	F	Viúva	4-6	Não

Quanto às instituições, uma está situada em zona rural, duas em zona semiurbana e duas em zona urbana, três possuem mais que uma valência no cuidado das pessoas idosas e duas apenas a valência lar de idosos.

4.3. Instrumentos

No *Estudo 2* utilizámos como método de recolha de dados a entrevista semiestruturada. A entrevista possibilita a recolha de dados de difícil acesso, tais como sentimentos, pensamentos, reconstituição de acontecimentos do passado e intenções, com o propósito de colocar o investigador dentro da perspectiva do entrevistado (Patton, 2002). A entrevista facilita o acesso à informação desejada, pela relação próxima que se cria com o participante. Durante a entrevista é possível fazer esclarecimentos ou adaptações, a fim de tornar mais eficaz a recolha da informação pretendida. Ela é flexível, ajuda a explorar o

conhecimento em profundidade e acontece no contexto natural do participante, envolvendo livremente investigador e entrevistado (Legard, 2003).

Para a realização da entrevista semiestruturada, o investigador elabora um guião de entrevista que o ajuda na condução da sua pesquisa, podendo-o alterar ou reformular, de modo a permitir que a entrevista assuma um ambiente natural e fluído. Ao contrário do inquérito, a entrevista obtém respostas mais próximas da linguagem do sujeito, aproximando-nos mais do objeto de estudo (Hood, 2009). Neste sentido, é o instrumento que melhor favorece a nossa investigação.

Na elaboração do nosso guião de entrevista tivemos em conta a nossa experiência adquirida no contacto com idosos institucionalizados e suas instituições; a revisão do estado da arte, os objetivos do *Estudo 2* e as características particulares dos nossos participantes (cuidadores e idosos). O guião de entrevista é, afinal, o nosso instrumento constituindo-se como determinante, evitando a dispersão por temas pouco relevantes para o estudo. Atendendo a que pretendíamos pessoas idosas e cuidadores, elaborámos dois guiões de entrevista, um para cuidadores e outro para pessoas idosas, devido ao conteúdo e à perspectiva de informação a ser recolhida ser diferente.

Após cuidadosa elaboração dos guiões de entrevista, testámos o guião para pessoas idosas, numa entrevista piloto a um idoso institucionalizado. Esta estratégia permitiu o aperfeiçoamento de alguns aspetos, a previsão da duração média das entrevistas e a validação do guião.

Uma vez que elaborámos dois guiões⁴⁶ com perspectivas e alguns tópicos diferentes, apresentamos os guiões de entrevista no seguinte quadro:

⁴⁶ Anexo 3 e 4.

QUADRO 12

Guião de entrevistas para pessoas idosas e cuidadores

	<i>Guião de entrevista para idosos</i>	<i>Guião de entrevista para cuidadores</i>
<i>i) Informação geral do participante</i>	Explora dados sociodemográficos sobre os entrevistados (idade, género, estado civil, tempo de institucionalização da pessoa idosa e presença de familiares na instituição)	Explora dados sociodemográficos sobre os entrevistados (idade, género, tempo de experiência do cuidador e função do cuidador);
<i>ii) Identificação das perdas físicas, lúdico-culturais, sócio-emocionais, espirituais e religiosas</i>	Aprofunda a experiência e a vivência psicoemocional, social, espiritual e religiosa da pessoa idosa e as perdas e ganhos resultantes a institucionalização na perspetiva da pessoa idosa e cuidador	
<i>iii) Conhecer a relação cuidador / idoso</i>	Explora o espaço ambiental e relacional no contexto da partilha das perdas e das necessidades da pessoa idosa com o cuidador.	
<i>iv) Caracterização da vivência institucional</i>	Procura compreender as causas e as circunstâncias da institucionalização, as experiências negativas e positivas da institucionalização, na perspetiva do cuidador e da pessoa idosa.	
<i>v) Caracterização das atividades, atitudes e tarefas</i>	Foca as atividades, atitudes e tarefas desenvolvidas pela instituição e cuidador como resposta às perdas e à caracterização da vivência institucional partilhada pela pessoa idosa.	Foca as atividades, atitudes e tarefas desenvolvidas pela instituição e cuidador como resposta às perdas identificadas. Caracterização da vivência institucional partilhada pela pessoa idosa, na perspetiva do cuidador.
<i>vi) Identificação das dificuldades na missão de cuidar</i>		Procura identificar as dificuldades sentidas pelo cuidador na sua missão, a avaliação que faz das mesmas, o modo como se partilha o conhecimento entre pares e a formação adquirida, na perspetiva do cuidador
<i>vii) Identificação das estratégias, ações e atitudes reveladoras do cuidado integral que designamos por ética do cuidar.</i>	Explora as expressões e atitudes reveladoras de uma ética do cuidar considerando os relatos das pessoas idosas e dos cuidadores.	

4.4. Procedimentos de recolha de dados

Elaborados os guiões de entrevista e recebida a autorização, por parte dos responsáveis e presidentes de direção das cinco instituições em estudo, agendámos reunião de trabalho com os diretores técnicos para: divulgar e esclarecer os objetivos gerais do estudo; identificar, de acordo com os critérios definidos, os participantes da entrevista; realizar a entrevista, procedendo à sua gravação em formato áudio, e assinar o Termo de Consentimento Informado (Anexo 3).

O diretor técnico, nas instituições por nós selecionadas, exerce uma função de presença e de proximidade com cuidadores e pessoas idosas, tornando-se, desta forma, o nosso melhor informante para a seleção dos participantes, por isso, aceitamos a proposta realizada pelos diretores. No entanto, ficou salvaguardado que na eventualidade de algum participante manifestar dificuldade na compreensão da entrevista, ter-se-ia que efetuar uma nova seleção e consequente entrevista.

Após este esclarecimento inicial com o diretor técnico, foi-nos disponibilizada uma sala para a realização das entrevistas. O diretor técnico dialogou individualmente com os cuidadores e as pessoas idosas identificadas sobre o nosso estudo e, obtida a disponibilidade para colaborar no estudo, encaminharam-nos para o espaço onde realizámos as entrevistas. Neste momento, o investigador teve oportunidade de clarificar os objetivos do estudo, respondendo a potenciais dúvidas dos participantes, salientando a importância do contributo de cada um e da necessidade de proceder à gravação da entrevista para maior rigor no tratamento dos dados. Reforçou que os participantes tinham o direito a recusar participar neste estudo, decidir sobre a informação a fornecer na participação da investigação, assim como a decidir a partilha de informação privada ou íntima (Fortin, 2000). Garantiu-se a utilização dos dados apenas necessários à investigação, sob anonimato, sem risco ou prejuízo para o participante e instituição. Dado o consentimento verbal dos participantes, iniciaram-se as entrevistas e procurámos que estas fossem realizadas num ambiente acolhedor e próximo, facilitador de uma interação honesta entre participante e investigador. No final, agradeceu-se o contributo dos participantes e da instituição.

4.5. Procedimentos de análise de dados

Numa primeira fase, as entrevistas foram integralmente transcritas em *Word*, de forma a garantir o rigor da informação dos participantes, e, uma primeira leitura (leitura flutuante) permitiu identificar as tendências e padrões do discurso dos participantes.

De seguida, iniciou-se o processo de análise orientado pelos princípios da *Grounded Theory*, estratégia válida para o nosso estudo, e frequentemente utilizada pelos investigadores no âmbito das ciências sociais e humanas, com o objetivo de gerar teoria enraizada nos dados. A análise sistemática e rigorosa dos dados evoluiu através de um processo indutivo de produção de conhecimento (Fernandes & Maia, 2001; Straus e Corbin, 1990).

Utilizando a *codificação aberta*, os dados brutos foram sendo decompostos, transformados e agregados em unidades de registo que representavam uma ideia única e com sentido, e codificadas através de um processo de comparação constante. Esta primeira definição das categorias foi descritiva, muito próxima da linguagem e significado dos participantes (Strauss & Corbin, 1990). À medida que progredia a leitura das entrevistas e a sua codificação, agruparam-se os dados narrativos em categorias e subcategorias, recebendo cada unidade de registo o maior número de categoriais possíveis. Paulatinamente o processo de codificação avançou para uma *codificação axial*, que permite estabelecer relações entre as diversas categorias (Strauss & Corbin, 1990). Neste processo foram necessárias leituras verticais e horizontais das entrevistas, de modo, a estabelecer uma relação entre todas, adaptando o material recolhido aos nossos objetivos de investigação. Todo este processo foi apoiado pelo *software QSR NVivo 10.0* que nos facilitou o manuseamento e tratamento dos dados.

Por fim, procurou-se chegar ao conhecimento indutivo do fenómeno em estudo, lares de idosos, partindo da análise da informação e descrição das categorias, enraizado nos dados das experiências sentidas e vividas pelos cuidadores e idosos participantes.

4.6. Apresentação dos resultados

No presente tópico procederemos à apresentação dos dados a partir dos objetivos definidos para o *Estudo 2*. Optaremos por transformar estes objetivos específicos em questões teóricas de investigação facilitando a apresentação, descrição e compreensão dos dados recolhidos pelas entrevistas.

A apresentação dos resultados do nosso estudo será orientada pelas questões de investigação formuladas e recorrerá à informação contida nas categorias e subcategorias pertinentes (assinaladas a *bold*) e ilustradas com enxertos dos discursos dos participantes (Anexo 6 e 7⁴⁷).

Q1 – QUAIS AS PERDAS FÍSICAS, LÚDICO-CULTURAIS, SÓCIO EMOCIONAIS, ESPIRITUAIS E RELIGIOSAS MANIFESTADAS PELAS PESSOAS IDOSAS?

Na resposta a esta questão consideramos como perdas todas as referências, manifestadas pelas pessoas idosas ou percecionadas pelos cuidadores, que se referem às situações que eram vividas pelas pessoas idosas e que, agora, não podem ser realizadas por causa da sua institucionalização ou por limitação da idade.

a) Perdas físicas

Relativamente às perdas físicas identificaram-se as seguintes subcategorias: **mobilidade física e problemas de saúde**.

⁴⁷ O Anexo 6 descreve o sistema geral de categorias e o Anexo 7 estabelece a articulação entre os objetivos do Estudo 2 e as categorias e subcategorias pertinentes no sistema de categorias.

QUADRO 13
Perdas Físicas

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
6.3.1.	Mobilidade física 9 fontes (2 cd / 7 id) 32 unidades de registo (2 cd / 30 id)	Agrega todos os enunciados que evidenciem a dificuldade de locomoção ou de movimento físico.	“Agora não posso, vão elas que eu quando puder também vou, mas agora já não posso ir lá à vila. Mas gostava de andar aí de volta, falar com o jardineiro, ver, ver as flores essas coisas lindas.”(Lar2_id4F)
6.3.2.	Problemas de saúde 12 fontes (3 cd / 9 id) 66 unidades de registo (10 cd / 56 id)	Codifica as unidades de registo que indicam as dificuldades físicas causadas pela doença ou idade.	“Agora já não faço nada, deu-me este AVC deste lado, não faço nada desta mão ou mais eu não...” (Lar3_id5F)

As perdas físicas são identificadas pelas pessoas idosas como a causa na limitação das suas atividades ou ações. As pessoas idosas referem que essas perdas físicas limitam a realização de atividades [e.g., “*Ora eu como tenho as mãos com dificuldade para estar! Nas cartas não posso pegar, nem segurar, no dominó é custoso estar ali a virar, eu não jogo*” (Lar1_id1M)⁴⁸] e a sua mobilidade [e.g., “*Posso, logo que possa andar, agora estes dias não... e elas ontem levaram-me para lá para tão longe e eu acabei de mancar*” (Lar2_id4F)].

Os **problemas de saúde** são também sentidos como determinantes na perda das suas capacidades físicas e de mobilidade [“*Apetite tenho eu, mas não posso andar. ‘Mas tem dores?’ Não... Ai mas tenho, mas tenho, isso eu minto, que eu tenho dores, tenho muitas dores, se começar a querer ficam assim nas pernas, os joelhos é como quem mos estala com dores. Tenho artroses nos joelhos, tenho cá o mal, não é*” (Lar1_id2F)].

Os cuidadores reconhecem que essas perdas físicas identificadas pelas categorias **mobilidade física**, para dois cuidadores, e **problemas de saúde**, para três cuidadores, são impeditivas na realização de atividades outrora realizadas com prazer pelas pessoas idosas

⁴⁸ A todos os participantes (cuidadores e pessoas idosas) e suas respectivas instituições foi atribuído um código o qual é referido nas citações que correspondem a esse participante [e.g., Lar1_cd1M, a instituição é o lar 1 (Lar1) e a entrevista foi realizada à pessoa idosa 1 (id1) do género masculino (M)].

[e.g., “O sr. A1, por exemplo, quando andámos ali fora a abrir aquela vala por causa do tubo, ele tinha necessidade, ele próprio queria chegar ali e votar a mão! Pegar no ferro e...ele próprio queria! Quer dizer e ainda se sentia assim um bocadito, mas claro em termos de saúde não pode, não pode” (Lar1_cd1M)].

b) Perdas lúdico-culturais

Nas perdas lúdico-culturais emergiu a subcategoria **ver televisão**.

QUADRO 14
Perdas lúdico-culturais

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
6.4.1.	Ver televisão 3 fontes (1 cd / 2 id) 3 unidades de registo (1 cd / 2 id)	Codifica as unidades de registo que indicam a necessidade de ver alguns programas de televisão.	“Custou, custou porque tinha muitos amigos... tinha muitos amigos quando ia para lá para o Jumbo todas as tardes e pro... pro shooping, tinha lá a televisão” (Lar4_id7M).

A categoria **ver televisão**, percecionada num cuidador e em dois idosos, expressa que as pessoas idosas assistiam com regularidade a alguns programas de televisão e que, por isso, sentem a necessidade de os continuar a visualizar após a sua institucionalização [e.g., “Exatamente. Gostam de ver o seu telejornalzinho, aqueles que tinham aquele hábito em casa mantêm-no aqui e gostam” (Lar1_cd1M)].

c) Perdas sócio-emocionais

Identificámos como perdas sociais e emocionais todas as necessidades verbalizadas pelas pessoas idosas ou escutadas pelos cuidadores, tais como: sentir-se parte de um grupo ou comunidade, família, amigos, profissão e de possuírem bens temporais (casa, terrenos, dinheiro...).

Nas perdas sócio-emocionais emergiram dos nossos dados, nove subcategorias: **profissão, bens materiais, domésticas, solidão, amigos, convívio social, esposa(o), filhos, restante família**.

QUADRO 15

Perdas sócio-emocionais

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
6.5.6.	Profissão 10 fontes (3 cd / 7 id) 26 unidades de registo (7 cd / 19 id)	Integra as referências que aludem à atividade profissional das pessoas idosas.	“ <i>Olhe eu fazia... trabalhava ainda nas terras quando lá estava, ainda trabalhava, o meu. O meu marido não fazia nada no quintal sem eu ir, semear batatas, apanhar batatas depois de as arrancar, tudo</i> ” (Lar1_id2F)
6.5.2.	Bens materiais 11 fontes (3 cd / 8 id) 34 unidades de registo (12 cd / 22 id)	Codifica as unidades de registo que indicam as recordações dos bens materiais das pessoas idosas.	“ <i>Eles têm saudades das suas casas, é. Nós temos idosos aqui que às vezes estão sempre a pensar nas suas casas, queriam ir lá, é</i> ” (Lar3_cd3F).
6.5.4.	Domésticas 5 fontes (5 id) 9 unidades de registo	Agrega os enunciados que aludem às tarefas domésticas realizadas pelas pessoas idosas.	“ <i>Tudo. Olhe, eu era uma pessoa, eu era uma pessoa, não tinha filhas, só tive rapazes, mas dava jeito assim a fazer qualquer coisa, umas renditas ou umas malhas ou isto ou assim</i> ” (Lar5_id9F).
6.5.8.	Solidão 6 fontes (2 cd / 4 id) 11 unidades de registo (2 cd / 9 id)	Codifica as expressões referentes à vivência de um estado em que as pessoas idosas se sentiram sós.	“ <i>Ora bem, recordo-me... pelo conseguinte eu estava em casa sozinho praticamente, porque a minha filha tinha muita saída com a pequena para ir para o liceu, para um lado para o outro</i> ” (Lar1_id1M)
6.5.1.	Amigos 7 fontes (7 id) 10 unidades de registo	Integra as unidades de registo que expõem as saudades dos diálogos com os amigos.	“ <i>Tenho saudades das minhas vizinhas</i> ” (Lar5_id10F)
6.5.3.	Convívio Social 4 fontes (4 id) 9 unidades de registo	Integra as referências que indicam as saudades dos idosos das relações sociais que mantinham com a sua comunidade.	“ <i>De deixar! Custou-me mais foi... ficar deixar lá a cidade porque estava habituado lá aquilo e vim para aqui para esta aldeia, uma coisa assim mais, mais morta...</i> ” (Lar4_id7M)
6.5.5.1.	Esposa(o) 5 fontes	Codifica os enunciados que manifestam a necessidade	“ <i>Se vêm para cá e são casados e a mulher ainda</i>

	(2 cd / 3 id) 14 unidades de registo (3 cd / 11 id)	afetiva da esposa(o) por parte da pessoa idosa.	<i>está em casa, sentem falta da mulher</i> ” (Lar1_cd1M)
6.5.5.2.	Filhos 13 fontes (5 cd / 9 id) 36 unidades de registo (11 cd / 25 id)	Integra as unidades de registo que manifestam a necessidade afetiva dos filhos da pessoa idosa.	<i>“Tenho dos meus filhos que eu agora queria viver mais algum tempo para eu arregalar para eles... mas há de ser o que Deus quiser”</i> (Lar2_id4F)
6.5.5.3.	Restante família 7 fontes (3 cd / 4 id) 11 unidades de registo (3 cd / 8 id)	Agrega os enunciados que indicam as saudades dos restantes elementos da família da pessoa idosa.	<i>“e de uma sobrinha minha que eu lá tinha, também, de resto não me custou mais nada”</i> (Lar2_id4F).
6.5.7.	Recordações 6 fontes (2 cd / 4 id) 11 unidades de registo (2 cd / 9 id)	Integra as verbalizações que aludem às histórias de vida do passado da pessoa idosa	<i>Sim, muito religiosa a minha avó, a mãe da minha mãe. A mãe do meu pai não era assim tão, era religiosa, mas não era catequista, mas a minha do lado da minha mãe era. Essa também está no céu, também teve oito filhos, quando morreu era irmã de S. Francisco, foi sem, descalça não levou sapa... Não, foi descalça como ao S. Francisco.”</i> (Lar3_id5F)

No que respeita às perdas sócio-emocionais, nove idosos manifestam saudades, preocupação ou vontade de dialogar sobre os seus **filhos** [e.g., “*E depois também me custou deixar lá os meus dois filhos, mas como a minha mulher veio para aqui tive de vir com ela, mas custou-me deixá-los, mas paciência eles lá estão os dois, e estão solteiros os dois e vim então para aqui, por via dela*” (Lar4_id7M)]. Na mesma linha de pensamento todos os cuidadores sublinharam os **filhos** como a perda mais sentida com a institucionalização [e.g., “*Nós temos uma senhora que às vezes está sempre a pensar, a dizer, está sempre a dizer: amanhã vem o meu filho. Ela pensa que é fim-de-semana e a gente diz-lhe: Ah não veio, só vem no fim-de-semana*” (Lar3_cf3F)].

Os idosos partilham com os seus cuidadores histórias de vida familiar. Três idosos e dois cuidadores manifestaram que a separação da(o) **esposa(o)** pela institucionalização ou morte lhes traz algum sofrimento e saudade [e.g., “*Ou então quando é casais falam de*

quando se casaram, quando começaram a construir a vida” (Lar4_cd4F) e “Fazer esquecer uma esposa não é fácil, não é fácil, por exemplo, a gente tem aí o exemplo do Sr. J.M., não é fácil, a gente ter uma conversa com ele para tentar fazer esquecer... porque isso nunca vai esquecer, mas tentar fazer com que ele passe um bocadinho ao lado não se consegue, porque ele sempre que fala da esposa... as lágrimas caem, caem”. (Lar1_cd1M)].

Quanto à categoria **restante família** cinco idosos sentem saudades da sua família, mas compreendem a sua ausência [e.g., *“Ele tem irmãos e irmãs, eu também tenho irmãos e irmãs, mas lá tratam da vida deles. Ainda começaram aqui a vir, mas gastamos tanto dinheiro para aqui vir, gastamos tanto dinheiro (...) Eu disse: não vindes, não vindes cá, eu estou bem.”* (Lar1_id2F)]. Na perspectiva de três cuidadores a família passa algum tempo sem os visitar, criando nas pessoas idosas algumas dúvidas e saudade [e.g., *“Até porque ele depois passou as coisas para o nome da sobrinha, depois a sobrinha esteve muito tempo sem vir cá e ele diz: “- estou a pensar fazer isto, o que diz”* (lar1_cd1M)].

Os **bens materiais** [e.g., *“Ah... da minha casa, da minha casinha, tenho lá uma casa muito grande, mas infelizmente eu não posso”* e *“As primeiras saudades que eles têm é das coisas deles. A casa, os terrenos isso é a primeira coisa que eles sentem falta.”* (Lar1_cd1M)] e a **profissão** [e.g., *“o meu marido não queria vir, “eu não vou, mas tenho de ir porque sou obrigado por causa de ti senão não ia”. Porque ele ainda trabalhava num quintalzinho que por lá tinha.”* (Lar1_id2F) e *“isso mexe muito com eles e pensar, então eu há não sei quantos anos atrás trabalhava tanto e agora não...”* (Lar5_cd5F)] são referidos, por quatro cuidadores e oito idosos, como os acontecimentos de que sentem mais saudades ou necessidade.

As atividades **domésticas** (limpeza da casa, costura...) são essencialmente apontadas por quatro idosos do género feminino como sendo atividades da sua responsabilidade, no entanto um idoso, do género masculino, refere como sendo uma atividade por ele exercida por causa da doença da esposa [e.g., *“E então andava sempre to... quer dizer, de manhã até à uma hora eu fazia o almoço para a minha mulher, para os meus dois filhos e depois do almoço, então, ia sempre dar uma voltinha.”* (lar4_id7M)].

A **Solidão** é um estado vivido para quatro idosos, não apenas antes da institucionalização, podendo ser muitas vezes a causa para esta [e.g., “*Não tinha ninguém que me trata-se de mim, só me tratava enquanto houvesse dinheiro.*” (Lar1_id2F)], mas também percebido por dois cuidadores na ausência dos familiares após o acolhimento no lar [e.g., “*...estamos a lidar com pessoas mais velhas do que nós, pessoas que têm muito problemas, pessoas que têm familiares que não querem saber delas.*” (Lar4_cdf4F)].

Algumas pessoas idosas, sete, referiram que mantinham nas suas comunidades uma relação próxima com os seus **amigos** provocando agora um sentimento de saudade [e.g., “*Na minha aldeia todos: ‘Ai D. C., C.tinha’ (diminutivo do nome) lá até me chamavam C.tinha ‘fez cá tanta falta.’ Eu! Não fiz cá falta nenhuma. ‘Ai fez, fez, fez cá muita falta’*” (Lar3_id5F)]. E outras, quatro pessoas idosas, sentem necessidade do **convívio social** [e.g., “*Ora bem, esta coisa. Nas festas, claro, gostava muito de dar uma revisão ao povo para conviver também com eles*” (Lar1_id1M)]. Estas duas subcategorias **amigos** e **convívio social** não foram percebidas pelos cuidadores.

As pessoas idosas, na construção do seu diálogo com os cuidadores, recorrem à sua memória para recontar a sua vida, florindo, deste modo, um conjunto de **recordações** do seu tempo de juventude e inícios de vida. Assim aconteceu, com seis idosos, ao longo da nossa entrevista [e.g., “*Muito obrigado, mas é pela atenção que o senhor me deu e que se pudéssemos falar, contava-lhe mais aquela vida na barragem, daqueles pobres que lá trabalharam, isso é que era uma folha.*” (Lar2_id4F)]. Na perspectiva de dois cuidadores, assinalou-se que as pessoas idosas têm necessidade e gostam de contar as **recordações** do seu passado [e.g., “*Eles falam de ... das coisas que viveram e têm essa necessidade de, de falar e contar as coisas porque que passaram e nós temos que ter assim um bocadinho de calma e ouvi-los é...*” (Lar5_cd5F)].

d) Perdas espirituais e religiosas

Relativamente às perdas espirituais e religiosas emergiram dos nossos dados as seguintes subcategorias: **direção espiritual e confissão, eucaristia, ministérios laicais, terço e vivência da fé e oração.**

QUADRO 16

Perdas espirituais e religiosas

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
6.2.1.	Direção Espiritual e confissão 1 fonte (1 id) 3 unidades de registo	Codifica as unidades de registo que evidenciam que as pessoas idosas antes da institucionalização realizavam acompanhamento espiritual, através da direção espiritual ou confissão.	<i>“Sim. Olhe durante muito tempo tinha até diretor espiritual, mas todos os meus diretores espirituais... iam para bispos”</i> (Lar3_id6F)
6.2.2.	Eucaristia 1 8 fontes (1 cd / 7 id) 10 unidades de registo (1 cd / 9 id)	Integra as expressões que indicam a sua regular participação na Eucaristia.	<i>“Ai acredito muito em Deus. Eu fui sempre à missinha de..., eu estava em minha casa e deixava o trabalho e vinha à missa ao domingo e até ao dia de fazer, enquanto pude, vinha sempre da minha casa ali à igreja, que ainda é um pedacinho, mas eu lá vinha.”</i> (Lar4_id8F)
6.2.3.	Ministérios laicais 4 fontes (4 id) 7 unidades de registo	Agrega as unidades de registo que recordam a participação das pessoas idosas, na sua comunidade, através de ministérios de serviço laical como: movimentos religiosos, responsabilidade litúrgica, limpeza da igreja.	<i>“Eu é que tratava da capela. Era como na Igreja, tínhamos lá missa todos os dias, missa na capela. Eu é que lavava o chão, tudo”</i> (Lar1_id2F)
6.2.4.	Terço 1 4 fontes (2 cd / 2 id) 4 unidades de registo (2 cd / 2 id)	Codifica os enunciados que descrevem a necessidade religiosa de rezar o terço.	<i>“Gostam de rezar o seu terço, pronto, isso é normal. Nós temos uma senhora que está sempre com o terço de manhã à noite, gosta de rezar é. E vem o terço às seis horas.”</i> (Lar3_cf3F)
6.2.5.	Vivência de Fé e oração 8 fontes (2 cd / 6 id) 10 unidades de registo (3 cd / 7 id)	Integra as unidades de registo que evidenciam que as pessoas idosas acreditam em Deus e procuram viver a sua Fé.	<i>“Por exemplo, ele (marido) gostava muito de descansar porque ele trabalhava muito, um bocadinho no fim do almoço, e eu pigava-me, no fim de lavar a loiça, pigava-me para a capela. E ele se acordasse, antes de chegar, sabia onde para onde eu estava, não me procurava para lado nenhum, pronto”</i> (Lar2_id4F)

Relativamente às perdas religiosas e espirituais todos os idosos participantes afirmaram a sua crença em Deus e preocupam-se com a sua **vivência de Fé e oração**, percecionado em dois cuidadores [e.g., “*Quer dizer, eles podiam ir lá fora passear um bocadinho ao sol ou assim, mas não, há aquela atividade religiosa, vamos à atividade religiosa em detrimento de passearem de estarem eles lá fora a movimentarem-se.* (Lar1_cd1M)] e em seis idosos [e.g., “*Ah... gostava de ir às cerimónias, à santa Igreja assistir às cerimónias. E gostava de ver a procissão, quando dava a volta ao povo passava à minha porta. E eu cumpria com os meus deveres como devia ser.*” (lar1_id1M)].

Algumas pessoas idosas, quatro, exerceram **ministérios laicais** ou de colaboração na sua comunidade cristã [e.g., “*cultivava muitas flores dava-as para a igreja. Todas as sextas feiras iam buscar as flores para a igreja*” (lar5_id10F) e “*Ah... participei na igreja ser membro do culto lá da igreja, quer dizer, não era sacristão e assim, mas era, pronto fazíamos parte cinco membros da igreja (...) Da comissão e eu era um deles.*” (Lar1_id1M)]. A **Eucaristia** é reconhecido, para oito pessoas idosas e um cuidador como o sacramento revelador da sua fé e crença: [e.g., “*eu ainda moro retido da igreja, mas eu vinha à missa*” (Lar4_id10F) e “*A grande maioria deles, a grande maioria deles falam muito de Deus. E da primeira coisa que eles gostam é quando a gente lhes diz, quando tem um utente novo, e diz: há missinha todos os dias. – ‘Ah... ainda bem!’*” (Lar1_cd1M)].

A subcategoria **terço** ajuda-nos a perceber que as pessoas idosas tinham hábitos regulares de oração do terço aquando da sua institucionalização [e.g., “*La ao terço quando era no mês de Maria, no mês de... nos dois meses, no mês de junho e no mês de maio, ia sempre ao terço quando podia não era. Depois que fiquei viúva*” (Lar5_id10F) e “*gostam de rezar o seu terço, pronto, isso é normal. Nós temos uma senhora que está sempre com o terço de manhã à noite, gosta de rezar é.*” (Lar3_cd3F)]. Esta subcategoria emergiu do mesmo modo nos dados de dois idosos e de dois cuidadores.

A **direção espiritual e confissão**, enquanto espaço de orientação espiritual, apenas uma pessoa idosa o refere como uma prática que sempre procurou viver e que, agora, o não realiza com tanta frequência [e.g., “*Depois o Senhor D. A. F. que está em A., não é. Também foi diretor espiritual dos cursos de cristandade, porque eu fiz o curso de cristandade e foi-se e, portanto... depois havia um padre que até eu gostava muito que era*

o Sr. Padre, Sr. Padre franciscano, Senhor Padre... Senhor Padre L., e agora ando assim um bocadinho à deriva porque ainda não acertei muito com... às vezes vou a Fátima, quando fui a Fátima, mas ando assim um bocadinho porque no..., ainda não encontrei assim ninguém com quem eu me sinta...” (Lar3_id6F)].

Q2 – EM QUE CONTEXTO ESPACIAL E RELACIONAL SÃO IDENTIFICADAS AS PERDAS CULTURAIS, EMOCIONAIS E ESPIRITUAIS DA PESSOA IDOSA?

Na descrição deste objetivo procurámos conhecer o espaço ambiental (quarto, refeições...) onde se realiza o diálogo, entre cuidador e a pessoa idosa, sobre as perdas e as necessidades partilhadas pela pessoa idosa, na perspetiva do cuidador e na perspetiva da pessoa idosa.

Quanto a este objetivo emergiram dos nossos dados três subcategorias: **ausência de comunicação, hora das refeições e quarto.**

QUADRO 17

Espaço ambiental e relacional da identificação das perdas da pessoa idosa

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
2.2.	Ausência de comunicação 2 fontes (1 cd / 1 id) 6 unidades de registo (4 cd / 2 id)	Codifica os enunciados que indicam a ausência de comunicação ou de partilha da pessoa idosa das suas perdas ou necessidades.	<i>“ela sabia que tinha sido a filha a metê-la lá e houve muitos problemas a relação a isso e ela nunca se abriu connosco, nunca” (Lar4_cd4F)</i>
2.3.	Hora das refeições 2 fontes (2 cd) 2 unidades de registo	Integra as referências que descrevem a hora da refeição como o momento da partilha das perdas ou necessidades das pessoas idosas.	<i>“É a gente conversa muito com eles quando a gente... ao levantar, nas refeições” (Lar3_cd3F)</i>
2.1.	Quarto 4 fontes (3 cd / 1 id) 8 unidades de registo (7 cd / 1 id)	Agrega as expressões que descrevem o espaço quarto como o momento da partilha das perdas ou necessidades das pessoas idosas.	<i>“Isso é quando estamos ali à hora do almoço ou então quando os estamos a deitar, que temos mais tempo para estar com eles nos quartos e eles vão falando disso.” (lar4_cd4F)</i>

No que respeita ao espaço, onde se realiza a partilha das perdas e das necessidades manifestadas pelas pessoas idosas, dois cuidadores consideram a **hora da refeição** como o momento oportuno para acontecer este diálogo [e.g., “*isso é mais quando estamos ali à hora do almoço*” (Lar4_cd4F)], enquanto que três cuidadores referem que o **quarto** é o espaço onde acontecem este tipo de partilhas [e.g., “*a gente quando está no quarto a lavá-los, a gente conversa com eles.*” (Lar3_cd3F)]. Um cuidador sublinha que o **quarto** é o espaço privilegiado para partilhas mais pessoais da vida dos idosos [e.g., “*Sim, sim, no momento em que estamos em intimidade os dois é essas as conversas que temos*” (Lar1_cd1M)]. Apenas uma pessoa idosa salientou que, o momento mais intenso de diálogo com o cuidador acontece no **quarto**, enquanto o cuidador presta cuidados à companheira de quarto [e.g., “*Quando estão a cuidar da outra ao lado, a minha colega*” (Lar2_id4F)].

A **ausência de comunicação** acontece, na opinião de um cuidador, quando a pessoa idosa é institucionalizada contra a sua vontade [e.g., “*Eles falam muito quando vêm de livre vontade, quando não vêm, não falam e são muito...*” (Lar4_cd4F)] ou, como refere uma pessoa idosa, porque outros idosos já dialogam bastante não necessitando ele próprio de o fazer [e.g., “*Não falo, nunca falo... (...) Nunca falei, não, não porque às vezes os que estão aí, também estão a lamentar-se e eu não vou estar ainda a vigiar mais o caso que se está a passar...*” (Lar1_id1M)].

Q3 - COMO SE CARACTERIZA A VIVÊNCIA INSTITUCIONAL DAS PESSOAS IDOSAS?

Relativamente à caracterização da vivência institucional emergiram dos nossos dados duas categorias as **causas para a institucionalização** e as **experiências na vivência institucional**. As primeiras descrevem a origem e as circunstâncias que levaram à institucionalização da pessoa idosa e as segundas expressam as experiências positivas e as experiências negativas vivenciadas pelas pessoas idosas e cuidadores.

a) Causas para a institucionalização

Quanto à categoria **causas para a institucionalização** das pessoas idosas emergiram dos nossos dados sete subcategorias: **decisão pessoal, espaço, ausência de família, cônjuge, decisão dos filhos, não incomodar os filhos e saúde.**

QUADRO 18

Causas para a institucionalização da pessoa idosa

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
2.1.1.	Ausência de família 3 fontes (3 id) 7 unidade de registo	Integra todas as expressões que apontam como causa de institucionalização a ausência da família para cuidar da pessoa idosa.	<i>“mas sei que tenho de estar, que não tenho ninguém, os filhos estão em Lisboa, eu já lhe contei já...” (Lar5_id9F)</i>
2.1.2.	Cônjuge 6 fontes (1 cd / 5 id) 12 unidades de registo (1 cd / 11 id)	Codifica as referências que revela como causa de institucionalização a saúde do cônjuge.	<i>“Recorda-me porque o meu marido era doente, quer dizer, adoeceu quase de uma hora para a outra e depois eu também já era, tinha muita dificuldade em estender uma roupa e assim fazer as coisas” (Lar2_id4F)</i>
2.1.3.	Decisão dos filhos 7 fontes (3 cd / 4 id) 9 unidades de registo (5 cd / 4 id)	Agrega os enunciados que demonstrem que a decisão da institucionalização foi dos filhos.	<i>“Agora aqueles que nos primeiros momentos em que vêm... são postos pela família, um pouco contra a vontade, eles ficam um bocadito contra os filhos” (Lar1_cd1M)</i>
2.1.4	Não incomodar os filhos 5 fontes (2 cd / 3 id) 8 unidade de registo (2 cd / 6 id)	Integra as expressões que revelem que as pessoas idosas optaram pela institucionalização para não incomodarem os seus filhos.	<i>“Não, não meus filhos, não vos quero tolher a vossa vida, prefiro eu estar contrafeita, prefiro tudo, mas não vos quero atrapalhar a vossa vida” (Lar5_id9F)</i>
2.4.	Decisão pessoal 1 fonte (1 id) 2 unidades de registo	Codifica os enunciados que manifestam como causa principal para a institucionalização uma tomada de decisão pessoal e livre.	<i>“Olhe porque entendi que eram horas de me vir iniciar uma nova vida, uma nova adaptação enquanto era nova, vinha com saúde absolutamente, na altura eu não tinha mesmo nada, se tinha não sabia” (Lar3_id6F)</i>

2.2.	Espaço 2 fontes (1 cd / 1 id) 2 unidades de registo (1 cd / 2 id)	Agrega as unidades de registo que indicam como causa de institucionalização a falta de espaço e de condições das habitações para a prestação de cuidados de saúde.	“(…) e para cima é que são os quartos e os rés do chão é que é a sala e pronto e cozinha e pronto. E eu ainda subia as escadas e tudo, mas para ir buscar a lenha cá fora que tenho um recuperador, para vir buscar a lenha cá fora já me custava.” (Lar5_id10F)
2.3.	Motivo de saúde 10 fontes (2 cd / 8 id) 29 unidades de registo (2 de cuidadores e 27 de idosos)	Integra as referências que expõem como motivo para a institucionalização problemas de saúde.	“Eu foi um AVC que me deu muito grande. Eu vim para aqui nem sabia para onde vinha, vinha muito doente” (Lar3_id5F)

No que concerne à tomada de **decisão pessoal**, enquanto escolha livre e consciente para ser acolhida numa instituição para idosos, apenas uma pessoa idosa refere que essa foi a sua opção [e.g., “Não, eu vou, mas para... também quis mostrar que não queria, que não estava à espera que ninguém se sacrificasse por minha causa e portanto achei que era altura. Tinha-me reformado e pronto, já tinha reformado há muitos anos e decidi, pronto.” (Lar3_id6F)].

A subcategoria **causas familiares** surge como aquela que possui mais unidades de registo, onde emergiram quatro subcategorias que identificam como causa para a instituições razões familiares. Nesta linha, é de realçar que a saúde do **cônjuge** ou a incapacidade física para cuidar dele(a) é identificada, em cinco pessoas idosas, como uma das causas para que se tenha optado pela institucionalização [e.g., “E depois ao cabo de algum tempo a minha mulher adoeceu, tolheu-se, está nos acamados lá em baixo, não fala há um ano, a ser alimentada pela sonda... não diz nada, nem conhece ninguém. Nem conhece a mim... nem o meu filho, está na Suíça, não conhece nada. E por causa dela também estou aqui” (Lar2_id3M)]. A mesma opinião é descrita por um cuidador: “Por exemplo, nós temos cá uma senhora, temos cá uma senhora, que tem várias fraturas nas pernas e não consegue andar e então ela teve de cuidar do marido que estava muito doente numa cadeira de rodas. Diz ela que em casa ainda conseguia fazer alguma coisa

com o andarilho, mas ela tem prótese, tem falta de osso numa perna, e ela tinha que cuidar do marido (...)” (Lar5_cd5F)].

A subcategoria **decisão dos filhos** emergiu em sete entrevistas e é reconhecida por três cuidadores e quatro pessoas idosas como uma das principais **causas familiares** para a institucionalização dos idosos em lares de idosos [e.g., “- *Ó minha mãe, você não pode fazer nada, ele nada faz, o melhor é, irmos ver se querem o pai no lar, na P., vocês estão para lá pagar, se o querem lá, se nos querem lá. O meu filho foi lá ao lar da P. e a resposta que lhe deram que, que...*” (Lar5_id9F) e “*Agora aqueles que nos primeiros momentos em que vêm... são postos pela família, um pouco contra a vontade, eles ficam um bocadito, contra os filhos*” (Lar1_cd1M)]. Por outro lado, embora os filhos sejam a razão de ser da sua institucionalização, três idosos assumem-no como uma opção pessoal, porque **não querem incomodar os filhos** tornando-se um peso para eles [e.g., “*Eu tenho oito filhos, mas não gosto, não quero estorvá-los dos empregos deles para estarem a olhar por mim, então vim para aqui e eles pagam tudo, os meus filhos, são oito.*” (Lar3_id5F)]. A mesma opinião é partilhada pelos cuidadores [e.g., “*outros dizem que preferem estar aqui do que estarem em casa sozinhos, porque os filhos têm a vida deles também, que não querem prejudicar a vida deles, prontos.*” (Lar2_Cf2F)].

Algumas pessoas idosas, três, referem que a **ausência de família**, ou porque estão fora da terra da sua residência ou porque não têm filhos, foi a razão porque decidiram viver num lar de idosos [e.g., “*Não tinha ninguém que me trata-se de mim, só me tratava enquanto houvesse dinheiro. Tinha uma sobrinha que me disse: ‘eu trato da tia, mas há de fazer tudo o que tem.’ Por interesse não é!*” (Lar1_idF)

Os **motivos de saúde**, à semelhança das **causas familiares**, são referidos por oito pessoas idosas e dois cuidadores como a causa principal para a sua institucionalização [e.g., “*Eu estou aqui porque estou obrigado a estar cá, a minha vida era trabalhar, fazia nas podas, fazia tudo, cavava e agora as minhas pernas é que me custam andar. Ando no meu vagar, quando não puder Deus me leve, mais nada*” (Lar2_id3M) e “*gostavam de estar nas suas casas, mas não é permitido porque eles não tem capacidade para estar nas suas casas, mas acho que sim que são felizes.*” (Lar3_cd3F)]. Neste contexto, seis pessoas idosas e um cuidador consideram que as **causas familiares** e os **motivos de saúde** se

associam como razões para a institucionalização da pessoa idosa: “*Depois o meu filho um dia disse assim: - Ó mãe isto, você não pode olhar pelo pai, assim. Porque caia, partia a cabeça... viemos para aqui para o lar*” (Lar4_id8F).

A falta de **espaço** e de condições das habitações, das pessoas idosas e seus familiares, é referido apenas por um idoso e um cuidador como causa da sua institucionalização: “*Por exemplo, o sr. veio para cá, o fulano tal veio para cá porque? A sua filha não tinha condições para o ter em casa (...) Se você estivesse em casa sozinho! Quem tratava de si?!*” (Lar1_cd1M).

b) Experiências na vivência institucional

Relativamente às experiências vividas em contexto institucional emergiram, dos nossos dados, duas subcategorias: as **experiências negativas** e as **experiências positivas**. Estas descrevem a forma como as pessoas idosas e cuidadores percebem a vida num lar de idosos, a institucionalização e a função de cuidar em lares de idosos.

Experiências negativas

Nas **experiências negativas** emergiram as seguintes subcategorias: **acamados, adaptação do idoso, alimentação, ausência de diálogo, ciúme, conflito entre idosos, desconfiança, dinheiro, interesse, luto, população envelhecida, pouca atenção, recusa às atividades, rejeição dos cuidados, revolta, saudade, sofrimento, trabalho em excesso**.

No sentido de facilitar a descrição das experiências negativas vivenciadas nos lares de idosos surgidas na análise dos nossos dados, optamos por as dividir em três quadros descritivos: i) as experiências negativas na relação da pessoa idosa com o cuidador e do cuidador com a pessoa idosa; ii) as experiências negativas da institucionalização e na relação inter-idosos e iii) e as experiências negativas na relação da pessoa idosa com as atividades do lar.

QUADRO 19.1

Experiências negativas na relação da pessoa idosa com o cuidador e do cuidador com a pessoa idosa

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
5.2.2.1.	Adaptação do cuidador 5 fontes (4 cd / 1 id) 9 unidades de registo (8 cd / 1 de id)	Agrega as referências que indicam que o cuidador sentiu dificuldade de adaptação na sua tarefa de cuidar.	<i>“É, porque a minha também mudou. Porque eu achava que isto era assim muito impessoal, muito... pronto eu acho que na cabecinha deles também deve passar isso.”</i> (Lar5_cd5F)
5.2.2.2.	Adaptação do Idoso 9 fontes (4 cd / 5 id) 17 unidades de registo (6 cd / 11 id)	Agrega as referências que indicam que a pessoa idosa sentiu dificuldade de adaptação à sua institucionalização.	<i>“mas custou-me muito, mas agora já estou habituada aqui”</i> (Lar4_idF)
5.2.4.	Ausência de diálogo 10 fontes (3 cd / 7 id) 36 unidades de registo (5 cd / 31 id)	Codifica os enunciados que aludem para o facto de não existir tempo, disponibilidade e vontade (condições) para o diálogo entre as pessoas idosas e com os cuidadores.	<i>“Os funcionários?... Oh não, eu não tenho assim conversas com ninguém, quase que ninguém me conhece. Aqui a maior parte das pessoas é tudo daqui dos arredores, não é, conhecessem-se uns aos outros, a mim ninguém me conhece”</i> (Lar5_id9F)
5.2.5.	Ciúme 1 fonte (1 cd) 2 unidades de registo	Codifica as verbalizações que indica que a pessoa idosa têm ciúme pelo facto de o cuidador dar mais atenção a um do que a outro.	<i>“Às vezes ficam com ciúmes é, isso é verdade, porque eu já tive um exemplo disso e é verdade (risos), é verdade, é.”</i> (Lar3_cd3F)
5.2.10.	Interesse 1 fonte (1 id) 2 unidades de registo	Agrega as expressões que evidenciam o modo interesseiro como o cuidador exerce a sua tarefa	<i>“Acho que sim, mostram outra graça, sabe que quem dá é tio e quem não dá não é nada”</i> (Lar1_id2F)
5.2.13.	Pouca atenção 7 fontes (1cd / 6 id) 10 unidades de registo (1 cd / 9 id)	Agrega os relatos que evidenciam que os cuidadores prestam pouca atenção às pessoas idosas.	<i>“Com caridade... não sei, para mim até é, mas elas queixam-se às vezes, mas a mim, pra mim tratam-me com amor, (...) mas há algumas que não, coitadinhas, e depois queixam-se a mim.”</i> (Lar1_id2F)
5.2.9.	Excesso de trabalho 10 fontes	Integra as unidades de registo que indicam que os	<i>“Isso aí elas têm muito fazer, fazem as coisas bem</i>

(3 cd / 7 id) 22 unidades de registo 8 cd / 14 id)	cuidadores realizam muitas tarefas e de modo rápido, não favorecendo o contacto pessoal com a pessoa idosa.	<i>feitas, mas não se podem deter muito, porque não têm tempo para estar muito tempo com eles e isso eu acho” (Lar3_id6F)</i>
--	---	---

No discurso dos nossos participantes sete pessoas idosas assinalaram, intensivamente em 31 unidades de registo, que as relações entre cuidadores e as pessoas idosas são marcadas por uma **ausência de diálogo** [e.g., “*não têm tempo para nada. Quando têm tempo lá se juntam eles sozinhos, mas connosco não... não dão um bocadinho de conversa (Lar1_id2F)*] e por uma **pouca atenção** para seis pessoas idosas [e.g., “*Pois, porque isto não é dizer mal quase... só cadeiras são oito, umas sete ou oito cadeiras. Se eu tiver quem me acompanhe numa necessidade de ir à casa de banho, às vezes são só duas empregadas, às vezes andam a compor, andam a compor os quartos, não tem a gente por quem chamar. O que é que uma pessoa há de fazer...*” (Lar5_id9F)]. Na perspetiva de três cuidadores, foi percecionada apenas a **ausência de diálogo** que acontece por opção do idoso ou porque a saúde do idoso não permite a realização de diálogo [e.g., “*porque há certas... certas idosas aqui não conversam muito, pronto*” (Lar3_cd3F) e “*Os que não... os que deitamos praticamente são aqueles que não têm tanta autonomia e que já têm Alzheimers e não sei quê e acabam por ser conversas que a gente vai metendo assim: então está tudo bem e não sei quê, e vamos lá deitar e vamos... (...) acabam por não ser...*” (Lar5_cd5F)]. Nesta linha, três cuidadores e sete pessoas idosas justificam as atitudes negativas de **ausência de diálogo** e de **pouca atenção** com o **excesso de trabalho** que os cuidadores realizam nos lares e, em algumas situações, no apoio ao domicílio [e.g., “*Porque elas são trabalhadeiras tem que andar ali a fazer o serviço depois vão para outros quartos, e não dá tempo para estarmos ali na conversa.*” (Lar1_id1M) e “*a gente não tem tempo para ir lá sempre, temos muito trabalho por causa dos domicílios e isso.*” (Lar4_cd4F)].

As atitudes negativas de **ciúme** e **interesse** foram individualmente percecionadas por um cuidador e por uma pessoa idosa respetivamente. Para o cuidador o **ciúme** surge porque o idoso considera que o cuidador presta mais atenção a outros idosos [e.g., “*é assim, eu tenho que dar, faz de conta, um desconto não vale a pena a gente arranjar*

confusão porque aquilo são ciúmes, é verdade que já aconteceu isso um caso aqui comigo, porque eu dei mais atenção a um senhor e não dei a ele e ficou cheio de ciúmes, é isso verdade, mas é assim ele não pode ter ciúmes que eu já convivo com aquele senhor há mais tempo do que convivo com ele, não é... (Lar3_cd3F)]. Enquanto que o idoso salientou que alguns cuidadores demonstram simpatia para com as pessoas idosas pelo **interesse** de gratificação [e.g., *“Isso alguns é, estão à espera disso, e às vezes metem-lhe assim ao bolso do casaco as doentes e lá ficam com ele. Mas eu não, nunca dei nada a ninguém, nem dou, porque então não estão a ganhá-lo e eu não estou para pagar aqui e pagar a elas, não. Ganha, ganhá-lo não precisam de ganhar dos dois lados, não dou, mas aqui há quem meta o dinheirinho no bolso e eles ficam todos contentes.* (Lar1_id2F)].

O processo de institucionalização traz consigo um caminho de adaptação a uma nova e diferente realidade, tanto para as pessoas idosas como os cuidadores. Cinco participantes idosos referiram dificuldades de **adaptação do idoso** ao lar e aos restantes idosos [e.g., *“Então trocaram-nos de cama (...) eu não gostei muito de passar para lá mas passei para, para ficar bem com eles, prontos, eu gosto de viver bem, não gosto de viver mal.”* (Lar2_id4F) e *“Hee foi nisso que eu senti, eu senti foi de facto uma diferença grande de identificação como pessoa, não meu Deus porque as acha de menos, mas porque realmente não havia muito a dizer, está mau tempo, está mau tempo, tudo bem, fará chuva, fará sol, pronto, mas era um bocadinho diferente”* (Lar3_id6F)]. Os quatro cuidadores assinalaram que esta **adaptação do idoso** acontece numa fase inicial e que se manifesta no relacionamento do idoso com o cuidador [e.g., *“porque estamos a falar de pessoas como uma certa idade, é uma adaptação, é uma diferença muito grande (...) mas inicialmente aparece, aparece. Principalmente os primeiros dias, os utentes... ficam assim um bocadito mais constrangidos e, às vezes, não querem colaborar”* (Lar1_cd1M)].

A **adaptação do cuidador** ao idoso e à instituição foi percebida em cinco cuidadores e numa pessoa idosa. Ambos, cuidadores e pessoas idosas, consideraram que o cuidador realiza, à semelhança do idoso, um processo de adaptação no exercício da sua missão de cuidar [e.g., *“custou-me imenso habituar-me a ela, sinceramente, mas depois de brincar e isso e de me meter, de vez em quando, com ela, que ela também tem diabetes e isso, as coisas foram... sei lá...”*(Lar4_cd4F) e *“Ah coitadas, algumas custa-lhes, algumas*

custa-lhes. Anda aí uma que entrou agora de S. C., diz ela, eu gosto disto, mas custa-me a ver assim os velinhos, e limpá-los e tudo é uma coisa que algumas não têm coragem para tanto não é, mas é uma coisa que temos de fazer não é, algumas custa-lhes mais, com raparigas novas, mas meu amigo tem que ser, tem que ser, temos que olhar uns pelos outros, não é.” (Lar4_Id8F)].

QUADRO 19.2

Experiências negativas da institucionalização e na relação inter-idosos

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
5.2.6.	Conflito entre idosos 9 fontes (3 cd / 6 id) 33 unidades de registo (4 cd / 29 id)	Agrega as unidades de registo que revelem a dificuldade de relacionamento entre idosos ou de aceitarem as opiniões dos seus pares.	“ <i>Deus Nosso Senhor ajuda-me, Deus Nosso Senhor ajuda-me e estou com 86 anos, de caminho a fazer 87 e nunca, nunca tratei mal a ninguém e já me trataram a mim, mas faço de conta que não oiço</i> ” (Lar2_id3M)
5.2.7.	Desconfiança 5 fontes (2 cd / 3 id) 8 unidades de registo (3 cd / 5 id)	Integra os enunciados que demostrem que as pessoas idosas tem uma postura de desconfiança para com cuidadores, idosos e familiares.	“ <i>Olhe, porque depois a gente diz uma coisa qualquer e depois de uma ... disto (aponta para o dedo) fazem isto e eu então... cala-te boca.</i> ” (Lar5_id9F)
5.2.11.	Luto 5 fontes (3 cd / 2 id) 9 unidades de registo (5 cd / 4 id)	Integra as unidades de registo que verbalizam o processo de luto dos cuidadores na morte de algum idoso e o processo de luto nas pessoas idosas.	“ <i>Eu ao princípio também era assim, no início que entrei aqui, mas agora não, faço de tudo sempre para... luto sempre para não que não os veja partir.</i> ” (Lar2_cd2F)
5.2.16.	Revolta 7 fontes (4 cd / 3 id) 19 unidades de registo (12 cd / 7 id)	Codifica os enunciados que revelam situações e sentimentos de revolta ou mágoa das pessoas idosas e cuidadores pela sua institucionalização ou esquecimento dos filhos.	“ <i>eles dizem que passaram muito para os criar e não sei o quê depois chegam a esta idades, eles prontos, não querem saber, na maior parte dos que nós aqui... há filhos que sim, mas a maior parte! Prontos.</i> ” (Lar2_cd2F)
5.2.18.	Saudade 10 fontes (4 cd / 6 id)	Agrega os relatos que traduzem que as pessoas idosas vivenciam alguma	“ <i>tenho saudades da minhas vizinhas, tenho saudades da minha casa, tenho</i>

	18 unidades de registo (4 cd / 12 id)	tristeza e melancolia pela falta dos seus familiares e amigos.	<i>saudades, mas... tenho que deitar o coração ao largo e esquecer</i> " (Lar5_id10F)
5.2.19.	Sofrimento 8 fontes (4 id / 4 cd) 16 unidades de registo (4 cd / 12 id)	Codifica as verbalizações que descrevem a existência de sofrimento, físico ou psicológico, da pessoa idoso e do cuidador.	<i>"De ver o sofrimento, olhar para eles e ver que... e também custa muito estarem, por exemplo no Natal, que eu passei no ano passado o Natal lá em cima em F. e, e eles ficarem connosco"</i> (Lar4_cd4F)

Os participantes destacaram, nas suas entrevistas, que a institucionalização das pessoas idosas provoca sentimentos de **revolta**, **saudade** e **sofrimento**. A **saudade** foi referida por seis pessoas idosas como um sentimento em relação as suas famílias, bens e vizinhos [e.g., *"já lá não vou há seis anos, à minha casa"* (Lar2_id3M) e *"(referia-se as vizinhas que a visitavam em sua casa) Agora aqui não, só cá estou eu de N.! Não há cá mais ninguém, só cá estou eu!"* (Lar5_id9F)]. Também dois cuidadores refletem que as pessoas idosas sentem saudades das suas famílias e, em alguns momentos, o cuidador contribuiu para que a pessoa idosa supere a sua **saudade** [e.g., *"Eles quando querem falar ou assim quando não ligam eles são assim: "Ó D. A. você..." (...)' Olhe eu gostava de falar com a minha filha ou gostava de falar'. Eu faço a chamada e ponho-os a falar com eles"* (Lar2_id9F)]. Na análise dos nossos dados, identificamos que um cuidador sente **saudade** das pessoas idosas quando se ausenta do lar de idosos [e.g., *"Às vezes a gente está lá e isso... hoje não me apetece estar e não sei quê, porque nos custa, estamos com problemas e isso, mas depois quando a gente vem, quando a gente esta sempre fora damos valor aquilo que nós temos não é. Tenho saudades deles (idosos), saudade de coisas, percebe, o facto de nós estarmos fora algum tempo dá-nos aquela coisa de afinal eu gosto de lá estar, sei lá, eu acho que agora ainda percebi mais que eu gostava de lá estar e agora que me estou a afeiçoar a estes vou-me embora."* (Lar4_cd4F)].

O sentimento de **revolta** surge, na perspectiva de três pessoas idosas, quando a instituição ou cuidador tomam opções às quais a pessoa idosa não concorda [e.g., *"Agarram-lhe assim pelos braços isto escorrega bem, ia assim de arrastos. Mas não de lá para cá, pronto acabou-se foi para um carrinho e agora está na caminha pronto. Mas eu*

nessa altura fiquei um bocadinho aborrecida, mas depois aquilo passou, pronto, mas de resto é, é, é...” (Lar8_id8F) ou “*E eu disse-lhe: está bem senhora doutora. E mudaram-me as, as minhas coisas para o andar de cima, mas estive lá pouco tempo. Eu estava lá muito contrafeita*” (Lar5_id9F)] ou como uma manifestação que revela a dificuldade em aceitar a sua institucionalização [e.g., “*Por gosto não estou. Por gostar, por gostar, não estou de gosto, mas sei que tenho que estar, que não tenho ninguém os filhos estão em Lisboa*” (Lar5_id9F)]. Para quatro cuidadores, o sentimento de **revolta** da pessoa idosa, surge porque existe uma ausência constante dos familiares dos idosos na instituição e revela-se quando a pessoa idosa recusa os tratamentos ou o diálogo com o cuidador [e.g., “*e é complicado, às vezes sabermos que eles estão aqui e não querem estar, temos aquela... mas falamos com eles e alguns tem que perceber que por mais que quisessem outra coisa tinha que ser assim não é (...) porque eles vem para aqui, vêm desanimados e isso (...)*” (Lar4_cd4F)].

A subcategoria **sofrimento** emergiu dos nossos dados em duas dimensões. Por um lado e na perspetiva de quatro pessoas idosas, o **sofrimento** materializado na dor física e na doença [e.g., “*E que não suportam nada; não, eu suporto bem tudo o que tenho. Então Deus é porque quer. Que culpa tem uma funcionária de eu estar a gritar, de eu ter dores, que culpa tem ela.*” (Lar1_id2F)]. E por outro, na perspetiva do cuidador, o **sofrimento** psíquico, porque se sentem limitados na capacidade de aliviar ou minimizar o **sofrimento** da pessoa idosa [e.g., “*Exatamente. É. Isso, isso é o que mais me custa, o que mais me custa. Mesmo, às vezes em feridas e assim que eles têm que é preciso curar, prontos, e eu ajudo muito a fazer os curativos, custa-me... porque eu... minha vontade chegava ali curava e tirava aquelas dores todas, se pudesse, custa-me depois vê-los a sofrer. Porque, depois, é assim é a idade uma pessoa ser idosa já é um sofrimento, já perde muitas capacidades, e depois juntar a isso mais feridas, doenças graves... isso é o que mais me custa, eu não puder fazer mais do que aquilo que faço, é isso, é o que mais me custa.*” (Lar1_cd1M)].

Quanto à subcategoria **luto**, duas pessoas idosas associam-no à perda do marido [e.g., “*Faleceu. Viemos em abril e ele faleceu em agosto (chora). (...) E é assim, e eu só sinto muita falta do meu marido que ele era muito meu amigo e era muito amigo dos meus*”

ricos filhos que tivesse” (Lar2_id4F)] e três cuidadores experimentam o **luto** na morte da pessoa idosa que cuidaram [e.g., “*É muito difícil, é muito difícil, é muito difícil, por isso é que eu, às vezes, tento fazer um jogo psicológico para mim mesmo... que aqueles com quem eu me dou bem e àqueles com quem eu me dou muito bem eu sei que os vou perder um dia... isso custa-me um bocadinho, custa... (silêncio breve)*” (Lar1_cd1M)].

Através da subcategoria **desconfiança**, três idosos, expressam que as conversas com os idosos e cuidadores são circunstanciais, porque desconfiam da interpretação que estes possam dar às suas palavras [e.g., “*Eu acho, eu acho que eles até terão, sei lá, raiva... de eu dizer o que eu trabalhava e o que eu fazia; que eram três horas da manhã que eu que me alevantava... para cozer o pão para aqueles pobres que trabalhavam na barragem em Y. Não sei se ouviu falar...*” (Lar2_id4F)]. Um cuidador assinalou que a **desconfiança** da pessoa idosa surge em relação à sua própria família [e.g., “*Por exemplo ele neste caso pediu para ligarem para a sobrinha para ela vir cá, para ela vir cá. Porque ele depois, ele não se sentia bem, não se sentia bem, porque ele depois... ainda tem cabecinha e vai pensando: “ela não vem cá, de certeza que já não paga o mês, o dinheiro que eu passei para ela, o que é que está a fazer com o dinheiro”. Quer dizer todas essas preocupações vêm ao de cima*” (Lar1_cd1M)] e outro referiu que ela existe quando cuidador e idoso são de géneros diferentes [e.g., “*Si, nós, por exemplo, nós tivemos lá em cima uns estagiários que tinham cursos e que pediram ao nosso patrão para irem lá estagiar e nós tivemos um senhor, entre muitas mulheres tivemos lá um senhor, e ainda tivemos problemas porque havia um casal que não queria, o homem não queria que ele lavasse a mulher.*” (Lar4_cd4F)].

Por fim, os relatos dos nossos participantes fizeram emergir a subcategoria **conflitos entre idosos**. Tanto os seis pessoas idosas como os três cuidadores assinalaram que os conflitos surgem porque as pessoas idosas têm experiências, vontades e opiniões diferentes, tendo muita dificuldade em aceitar o ponto de vista do outro [e.g., “*Sim é só com alguns, porque eles às vezes, prontos, têm a maneira de ser diferentes uns dos outros e prontos têm opiniões diferentes e eles, às vezes, pegam-se uns com os outros porque eles queriam que fosse tudo como eles... depois os outros não aceitam as opiniões e às vezes...*” (Lar2_cd2F)]. Esta subcategoria, dentro das experiências negativas, foi a que recebeu um

maior número de referências. Este facto, por si só, não nos permite afirmar que os **conflitos entres idosos** foi a experiência negativa mais referida pelos nossos participantes. Isto porque, duas pessoas idosas confessaram minuciosamente a razão do conflito entre si: vivem no mesmo quarto, não se falam um com o outro, não se entendem [e.g., “*Não sei, não sei, pronto, não sei porque. Ela tem um feitio assim... uma cara de pau... não dá um sorriso a ninguém... Nem que veja cair uma pessoa qualquer! Ela não pode, não é que está de cadeira de rodas, mas não diz a outra, vai chamar quem ajude. E eu não, eu não sou assim...*” (Lar5_10idF)] e recusam-se a mudar de quarto [e.g., “*e depois disse que, que não mudou porque não quis. Disse aquilo em voz alta que as empregas bem ouviram, que ia pedir à senhora doutora, ainda eu estava a tomar café, para a mudar e depois já não quis mudar. Depois negou-me a fala até hoje.*” (Lar5_id9F)].

QUADRO 19.3

Experiências negativas na relação da pessoa idosa com as atividades do lar

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
5.2.1.	Acamados 5 fontes (2 cd / 3 id) 13 unidade de registo (7 cd / 6 id)	Codifica as unidades de registo que revelam a existência de acamados na instituição.	“ <i>E estava lá uma senhora, empregada, o quarto tem duas, tem duas camas. Estava uma senhora empregada que é daqui de Y.</i> ” (Lar5_id9F)
5.2.3.	Alimentação 2 fontes (1 cd / 1 id) 3 unidades de registo (1 cd / 2 id)	Integra os enunciados que descrevem que as pessoas idosas não gostam da alimentação.	“ <i>E se não comer o comer, como o que me apetecer e o resto fica no prato e não digo nada, vou-me embora, está tudo certo</i> ” (Lar2_id3M)
5.2.8.	Dinheiro 4 fontes (4 id) 7 unidades de registo	Codifica as referências que revelem a ausência de dinheiro pessoal em detrimento das mensalidades.	“ <i>mas agora como está, agora damos muito dinheiro para aqui, a nossa reforma mal dá, agora não dou nada a ninguém, eu já as avisei.</i> ” (LA44_id8F)
5.2.12.	População envelhecida 10 fontes (4 cd / 6 id) 18 unidades de registo (6 cd / 12 id)	Codifica os enunciados que indicam que os lares integram uma população bastante envelhecida e debilitada.	“ <i>Depois como nós temos uma população muito envelhecida em termos de faixa etária muito, muito elevada isso também não abona muito em favor deles</i> ” (Lar1_cd1M)

5.2.14.	Recusa às atividades 6 fontes (1 cd / 5 id) 10 unidades de registo (3 cd / 7 id)	Integra as referências que revelam uma recusa das pessoas idosas à realização das atividades propostas pela instituição.	<i>“Vinha cá uma senhora, também era muito minha amiga, vinha cá. Mas umas queriam, umas gostavam, outras não gostavam. Às vezes vinha aí só por duas ou três, mas eu gostei sempre e ao mais custava, mas gostei sempre”</i> (Lar2_id4F)
5.2.15.	Rejeição dos cuidados 4 fontes 3 cd / 1 id) 7 unidades de registo 6 cd / 1 id)	Integra as referências que revelam uma rejeição das pessoas idosas aos cuidados realizados pelos cuidadores.	<i>“Às vezes aparece um ou outro que no início rejeita um bocadito, rejeita e, às vezes, faz uma dure... uma rigidez corporal que a gente percebe que não está à vontade”</i> Lar1_cf1M)
5.2.17.	Rotina 12 fontes (4 cd / 8 id) 30 unidades de registo (8 cd / 22 id)	Integra as referências que demonstram que as pessoas idosas realizam sempre as mesmas atividades e tarefas.	<i>“Os idosos onde passam mais tempo é ali naquela sala, que é de fato uma coisa para mim! Já disse se um dia chegar a ficar assim, vou dizer que me deixem no quarto, não sou capaz de estar a ver televisão uma tarde inteira, a ouvir.”</i> (Lar3_idf)

Relativamente às experiências negativas na relação da pessoa idosa com as atividades da instituição, seis pessoas idosas referiram que a existência de uma **população envelhecida** não só torna difícil o desenvolvimento das atividades no lar [e.g., *“Olhe já é difícil, porque já são tudo pessoas de muita idade, ah são... há aqui pessoas, várias com noventa e tal anos e depois com perto de noventa também já há. Depois há umas tantas, como seja o meu caso de oitenta e, na minha mesa estamos três que nascemos em 1927, portanto com oitenta e seis e que não sejam assim de idade, há as doentes.”* (Lar3_id6F)] como favorece, em três pessoas idosas, o aumento de **acamados** [e.g., *“Às vezes vou por aí e quando puder, quando não puder olhe está aí... como esses que estão aí nas cadeiras e nas camas... é, é.”* (Lar2_id3M)]. Também, quatro cuidadores, assinalaram a **população envelhecida** [e.g., *“mas temos poucos que fazem a sua vida privada, é, o resto é tudo dependente de nós”* (Lar3_cd3F)] e, dois cuidadores, os **acamados** [e.g., *“Estendemos a roupa, porque entretanto são os almoços dos acamados (...)”* (Lar3_cd3F)] como a

característica predominante dos lares de idosos que condiciona a realização das atividades e tarefas do cuidador.

Outra experiência negativa, que emergiu dos nossos dados, foi a **rotina**. Para oito pessoas idosas e dois cuidadores, a **rotina** caracteriza-se pela permanência diária e constante na sala de convívio [e.g., “*E... vou até lá quase dia sim dia não dar um passeio, vou e venho e depois venho para aqui e estou ali sentado ali no cadeirão ali ao lado da minha mulher, passo por aqui os dias*” (Lar4_id7M) e “*Aqui os nossos idosos passam mais tempo ali na sala de convívio*” (Lar5_cd5F)]. Enquanto que para os outros dois cuidadores, a **rotina** surge como um hábito que as pessoas idosas vão assumindo quanto à realização de determinadas tarefas [e.g., “*Sim, porque eles já sabem que chega aquele dia, é o dia do banho delas, pronto, porque eles sabem que a gente tem que os lavar, e a gente...*” (Lar3_cd3F)].

Um outro aspeto negativo que emergiu dos nossos dados foi a recusa dos idosos às atividades desenvolvidas ou propostas pela instituição. A **recusa às atividades**, na perspetiva de cinco pessoas idosas, surge porque as pessoas idosas não gostam, não podem ou não concordam com as atividades realizadas [e.g., “*Eu isso não sei. Eu cartas ou... não quero saber disso!*” (Lar2_id3M) e “(falava-se dos passeios no exterior) *Tem. Eu é que não quero ir, estou aqui muito bem sentada*” (Lar3_id5F)]. Na perspetiva de um cuidador esta recusa pode acontecer, em algumas pessoas idosas, quando lhes é pedida a colaboração nas atividades domésticas [e.g., “*a preparar as favas, as ervilhas, as maçãs, os pêssegos... ajudam muito nisso, ajudam. Principalmente porque os ajudam a manter ativos muito. Se bem que aqui a nossa população, às vezes, recusasse um bocadito a trabalhar, a fazer tarefas... “Ah já trabalhei tanto na vida agora quero, quero um bocadito de descanso”, mas depois acabam sempre por, por ir.*” (Lar1_cd1M)].

A **rejeição aos cuidados** foi percebida apenas por uma pessoa idosa e quando não se gosta da refeição [e.g., “*Nas nossas casas também quando vai o comer mais mal, ou quando vai assim ou assado. Então, quer dizer por ser ruim não se come e por ser mal, eh melhor, come-se melhor, há dias (risos), há dias.*”(Lar2_idM)], enquanto que três cuidadores referem que, em algumas circunstâncias, as pessoas idosas reagem negativamente aos cuidados ou ao contacto físico realizado pelo cuidador [e.g.,

“Inicialmente aparece, aparece. Principalmente os primeiros dias, os utentes ficam um bocadito... mais constrangidos e, às vezes não querem colaborar...” (Lar1_cd1M)].

Quanto à subcategoria **alimentação**, uma pessoa idosa e um cuidador assinalaram que alguns idosos não gostam da comida: “Sim, sim, sim... porque há idosos aqui que não gostam da comida, mas a gente tenta virar as coisas ao contrário. (Lar3_cd3F)].

No tocante à gestão do **dinheiro**, quatro pessoas idosas referiram que as suas reformas são para as despesas efetuadas no lar e com a sua saúde, impedindo-os de adquirir outros bens pessoais [e.g., “gostava de recompensar, mas eu também não posso, porque a minha pensão e da minha mulher é muito pequena e realmente elas precisavam que as recompensasse, mas nunca recompensei e não... mas gostava, mas não posso” (Lar2_id4F) e “A pois é, e os remédios, e os remédios é à nossa conta e pagar aquele dinheirinho para fora, sabe que já é um peso muito grande para nós.” (Lar4_id8F)].

Experiências positivas

Nas **experiências positivas** emergiram as seguintes subcategorias: **aceitação, ambiente familiar, amizade, bem-estar, gratidão, gratificação, interajuda e sabedoria.**

À semelhança da opção seguida na descrição das experiências negativas, também na descrição das subcategorias das experiências positivas dividimos em dois quadros: i) as experiências positivas na relação com a instituição e ii) as experiências positivas na relação com cuidadores e pessoas idosas.

QUADRO 20.1

Experiências positivas na relação com a instituição

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
5.1.1.	Aceitação 14 fontes (4 cd / 10 id) 36 unidade de registo (9 cd / 27 id)	Codifica os enunciados que esclarecem que a pessoa idosa aceitou ou se conformou com a sua institucionalização.	“Já, já gosto de tudo isto aqui, mais do que da minha casa. A minha casa vendia” (Lar1_id2F)
5.1.4.	Bem estar 9 fontes (1 cd / 8 id) 35 unidades de registo	Codifica os relatos que ilustram que as pessoas idosas se sentem bem na instituição.	“(…) mas estamos bem. As empregadas são muito boas, come-se aqui mais ou menos bem, estamos aqui

Relativamente às experiências positivas da pessoa idosa na sua relação com a instituição emergiram, dos nossos dados, as subcategorias **aceitação** e **bem-estar**. Estas receberam um número representativo de unidades de registo o que nos permite afirmar que, na globalidade, as pessoas idosas sentem-se bem nestas estruturas de acolhimento e acabam por aceitar a sua institucionalização. A totalidade das pessoas idosas reconhece que a **aceitação** da institucionalização exigiu uma adaptação [e.g., “*agora estou habituada até estou aqui contente com eles, estou contente, estou, agora a gente... é uma família, aqui agora é uma família, não é. Somos todos uma família, agora, graças a Deus.*” (Lar4_id8F)] e, para oito pessoas idosas, favorece o seu **bem-estar** [e.g., “*Tudo, é tudo, é tudo amigo, tudo amigo, não há cá ninguém que não seja amigo uns dos outros. Ai isso ai, já cá estou há bastantes anos, mas estou bem graças a Deus... Graças a Deus.*” (Lar3_id5F)].

Na perspetiva de quatro cuidadores, o processo de **aceitação** é pacífico para os idosos que tomaram parte da decisão e acaba por acontecer, com o contributo dos cuidadores, nas pessoas idosas que recusavam a sua institucionalização [e.g., “*Você em casa não tinha ninguém! Você aqui, ao menos, tem-nos a nós se precisar de ajuda, tem as (...) enfermeiras, há sempre aqui um apoio para si. E eles, às vezes, começam aí... Aí é que a gente lhes começa a dar a volta. E eles depois começam a por no prato da balança, ora bem, eu em casa estava sozinho se me dá alguma coisa não tenho e aqui tenho... e começa-se aí a dar a volta.* (Lar1_id1M).] Quanto ao **bem-estar**, um cuidador percecionou que o facto de o lar estar edificado na própria terra dos idosos e de receber, nas suas instalações, iniciativas da comunidade, ajuda a que as pessoas idosas se sintam bem [e.g., “*Ainda ontem disse que gostava de estar aqui, continuar aqui, tem aqui o cemitério à beira onde tem os familiares e porque têm a casa ali perto pro caso de querer ir visitar, que tem saudades de lá, mas sabe que está melhor aqui. (...) E o facto de, por exemplo, virem pessoas, às vezes, em almoços e isso, pessoas daqui de fora almoçar com eles aí eles se sentem mais em casa.*” (Lar4_cd4F)].

QUADRO 20.2

Experiências positivas na relação com os cuidadores e pessoas idosas

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
5.1.2	Ambiente familiar 14 fontes (4 cd / 10 id) 32 unidades de registo (15 cd / 17 id)	Integra a verbalização que descreve a proximidade entre a pessoa idosa e cuidador na partilha de temas privados criando um ambiente próximo da família.	<i>“Faleceu um senhor ainda há pouco tempo que ele gostava muito... é de conversar e de falar e saber da minha vida, como é que (risos)... se eu lhe contava alguma coisa ele ficava sentido, gostava”.</i> (Lar2_cd2F)
5.1.3.	Amizade 11 fontes (3 cd / 8 id) 26 unidades de registo (11 cd / 15 id)	Agrega a unidade de registo que indicam os laços fraternos criados na vivência do lar.	<i>“Tudo, é tudo, é tudo amigo, tudo amigo, não há cá ninguém que não seja amigo uns dos outros. Ai isso ai, já cá estou há bastantes anos, mas estou bem graças a Deus... Graças a Deus.”</i> (Lar3_id5F)
5.1.5	Gratidão 10 fontes (5 cd / 5 id) 24 unidades de registo (15 cd / 9 id)	Integra a unidade de registo que ilustra a gratidão sentida pela pessoa idosa em relação ao cuidador.	<i>“Sim. Este senhor que faleceu diz ele assim: ‘Oh D. A. olhe eu vou morrer, ele já sabia, diz ele, não sei como é que lhe hei-de agradecer’ Eu disse: ‘Ó sr. A. não precisa, eu já estou aqui, eu já estou aqui, estou a ganhar o meu não precisa de que...de me compensar nada’. Diz ele: ‘Eu nunca lhe pago o bem que a senhora faz por mim e o que...’ prontos.”</i> (Lar2_cd2F)
5.1.6.	Gratificação 9 fontes (4 cd / 5 id) 13 unidades de registo (6 cd / 7 id)	Agrega as referências que indicam que a pessoa idosa ou o familiar recompensou o cuidado prestado pelo cuidador.	<i>“Isso alguns é, estão à espera disso, e às vezes metem-lhes assim ao bolso do casaco, as doentes, e lá ficam com ele”</i> (Lar1_id2F)
5.1.7.	Interajuda 7 fontes (2 cd / 5 id) 16 unidade de registo (4 cd / 12 id)	Codifica as unidades de registo que descrevem a atitude de disponibilidade da pessoa idosa para ajudar outros idosos.	<i>“Porque eu antes de andar com as canadianas eu ajudava-as, não é... ajudava lá os doentes, mas agora não. Se tivessem sede ou assim levava-lhes água...”</i> (Lar5_id10F)

5.1.8.	Sabedoria 3 fontes (2 cd / 1 id) 7 unidades de registo (6 cd / 1 id)	Integra as verbalizações que indicam a partilha das experiências de vida do idoso acolhidas como ensinamentos pelo cuidador.	<i>“E eu passei muitas horas a falar com um senhor... e eu aprendi muito, muito, muito... Ainda hoje em dia dou exemplos, expressões que aprendi com ele, aprendi com ele, aprendi.”</i> (Lar1_cd1M)
--------	---	--	---

No decurso das nossas entrevistas também emergiram experiências positivas na relação que a pessoa idosa estabelece com o cuidador e com os outros idosos. As subcategorias **ambiente familiar**, **amizade** e **gratidão** receberam informação da generalidade das nossas fontes, o que nos permite perspetivar que, os lares de idosos estão preocupadas com criação de um ambiente favorável à integração e institucionalização das pessoas idosas. A totalidade das pessoas idosas entrevistadas assinalaram a existência de um **ambiente familiar** com os cuidadores [e.g., *“E mesmo esses senhores que andam aí, os funcionários. Eles chegam aí, beijam-me diante dos meus filhos e eles às vezes... está aqui em baixo um que lhe chamam F. que é filho de um artista... também já andou lá na minha casa lá em cima, e quando vem aí procura-me sempre onde eu estou, se estou bem, está sempre a perguntar, estão... são muito bons, muito bons... para mim.”* (Lar2_Id4F)] e, oito pessoas idosas, consideraram que no lar se criam novas **amizades** com os cuidadores e com os idosos [e.g., *“Nós ganhamos muitas amizades, pelo menos eu gosto delas todas.”* (Lar2_Id4F). *“Olhe minha senhora, a Deus queira que nos demos bem, esta senhora que morreu aqui... a... rezávamos a duas, e às vezes rezávamos o terço em particular eu e mais ela e dávamos muito bem!... E também espero que conosco seja a mesma coisa.”* (Lar5_Id9F)].

Ainda, no contexto da amizade, cinco pessoas idosas e dois cuidadores, assinalaram a atitude de **interajuda** que se cria entre os idosos como uma mais valia: *“E ela depois a senhora, esteve... deu em ‘maluquecer’ da cabeça, não se calava em toda a noite. A chamar pelo homem, ó Zé, ó Zé... o Piedade anda, anda (...) vai buscar, vai buscar lenha, vai buscar isto... e às vezes votava-se da cama, a cama tinha grades, ela às vezes arrastava-se e deitava-se ao chão. E eu tocava a campainha para as empregas a irem*

levantar. (Lar5_id9F) e “Elas têm aquela preocupação de acompanhar os idosos que não são tão... i, i, independentes.” (Lar4_cd4F)].

Quanto à **gratidão**, cinco pessoas idosas, referem-na como uma oportunidade em que, eles próprio agradecem ao cuidador a sua disponibilidade para cuidar deles [e.g., “Não, não, nunca recompensei nenhuma porque elas, elas realmente são muito boas e gostava de recompensar, mas eu também não posso, porque a minha pensão e da minha mulher é muito pequena e realmente elas precisavam que as recompensasse, mas nunca recompensei e não... mas gostava, mas não posso, mas elas mereciam, mas são muito merecedoras de tudo, todas elas, todas elas são muito merecedoras que lhe dessem alguma coisa, mas elas também não aceitam nada.” (Lar4_id7M)]. A totalidade dos nossos cuidadores descreveram que a atitude ou o gesto de **gratidão** das pessoas idosas ajudaram-nos a interiorizar sobre a importância da missão de cuidar [e.g., “a forma conforme eu estou com eles é boa para eles... porque há gestos que eles têm que se não gostassem da minha presença não o faziam. Às vezes não precisam de o dizer só o eu chegar lá de manhã e o sorriso deles é tudo... é sinal de que eu sou bem aceite, a minha presença é bem-vinda.” (Lar1_cd1M)].

Algumas pessoas idosas, cinco, assinalaram que a melhor forma de manifestar a gratidão é através da **gratificação**, ainda que simbólica [e.g., “Não a gente, às vezes, no Natal dava-lhe qualquer coisita. Dávamos-lhe assim... umas amêndoas na Páscoa ou assim, uns rebuçados ou assim, mas elas não podem pegar em nada, não se pode pegar em nada” (Lar4_id8F)]. A totalidade dos cuidadores também reconhece que os idosos ou seus familiares recorrem à **gratificação**, como agradecimento pelo cuidado que lhes é prestado [e.g., “quando eles nos trazem sobremesas e isso a gente com bom agrado fica-lhe com as coisas, come e eles sentem-se bem” (Lar3_cd3F)].

Por fim, dos nossos dados emergiu a subcategoria **sabedoria**. Dois cuidadores refletiram que as histórias de vida das pessoas idosas são verdadeiros ensinamentos para a vida do cuidador [e.g., “eles têm muito para nos ensinar a nós e a experiência de vida que eles tiveram, por exemplo, eles contam histórias do que fizeram, do que... histórias deles de antigamente, de acontecimentos da vida que são ensinamentos para nós, são ensinamentos para nós.” (Lar1_cd1M)]. Nesta linha de pensamento, uma pessoa idosa

referiu que a sua experiência de vida e de fé foi assimilada pelo cuidador [e.g., “*Até anda aí uma, uma funcionária eu benzia-me diante dela, olhe eu benzia-me sempre: Pelo sinal da Santíssima Cruz livre-nos Deus, Nosso Senhor, dos nossos inimigos. Em nome do Pai e do Filho e do Espírito Santo. Amén. E depois rezo. E depois faço-lhe cruz: Credo em Cruz, Santo Nome de Jesus. Credo em Cruz Santo Nome de Jesus. Credo em Cruz Santo Nome de Jesus. E esta funcionária tomava sentido como eu fazia e ela no outro dia disse-me: Sra. M. eu já faço como a senhora.*” (Lar5_id10F)].

Q4 – COMO SE CARACTERIZAM AS ATIVIDADES, ATITUDES E TAREFAS DOS CUIDADORES E DA INSTITUIÇÃO NA RESPOSTA ÀS PERDAS IDENTIFICADAS E À CARACTERIZAÇÃO DA VIVÊNCIA INSTITUCIONAL?

Relativamente a esta questão, apresentamos os resultados dos nossos dados através das categorias: **atividades, tarefas, atitudes e espaços**. Estas categorias permitem-nos descrever as ações e atitudes que a instituição e cuidadores realizam como resposta às perdas identificadas na Q1 e à caracterização da vivência institucional na Q3.

a) Atividades

Na análise dos nossos dados, identificámos cinco áreas de propostas de atividades: i) apoio à saúde; ii) culturais e lúdicas; iii) domésticas; iv) religiosas e espirituais e v) sociais.

i) apoio à saúde

Nas atividades de apoio à saúde percecionamos as seguintes subcategorias: **cuidados de saúde, exercício físico e fisioterapia.**

QUADRO 21.1

Atividades de apoio à saúde

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.1.1.1.	Cuidados de saúde 5 fontes (3 cd / 2 id) 12 unidades de registo (7 cd / 5 id)	Codifica as unidades de registo que indicam os cuidados de saúde (enfermagem, médicos...) prestados às pessoas idosas.	“ <i>Não, isso da algalia é com a enfermeira, agora os comprimidos, os comprimidos, somos nós que damos. Agora as algalias, esse tipo de enfermagem é o enfermeiro.</i> ” (Lar3_cd3F)
7.1.1.2.1.	Exercício físico 8 fontes (4 cd / 4 id) 13 unidades de registo (6 cd / 7 id)	Agrega os enunciados que manifestam a realização do exercício físico (Boccia, Educação física...) como resposta às perdas físicas das pessoas idosas.	“ <i>(...)e têm o jogo da Boccia que vem um, um professor, o J. o de A. vem cá jogar com eles.</i> ” (Lar4_cd4F)
7.1.1.2.2.	Fisioterapia 4 fontes (2 cd / 2 id) 7 unidades de registo (4 cd / 3 id)	Agrega os enunciados que indicam reabilitação física como resposta às perdas físicas das pessoas idosas.	“ <i>Sim, sim,, temos idosos que andam lá a fazer fisioterapia</i> ” (Lar2_cd2F)

No que respeita ao apoio à saúde, quadro 20.1, duas pessoas idosas indicaram que a instituição oferece **cuidados de saúde** disponibilizando quer o serviço de enfermagem, quer o apoio dos cuidadores [e.g., “*(...)mas depois comecei a levantar e na cadeira de rodas. Mas depois na cadeira de rodas também não é vida de andar na cadeira de rodas. Puseram-me o andarilho e uma funcionária a ensinar-me.*” (Lar5_id10F)]; duas pessoas idosas referiram a existência de **fisioterapia** [e.g., “*Ah pois... tem a fisioterapia, agora noutra campo (...)*” (Lar3_id6F)] e quatro idosos indicaram a realização de **exercício físico** como atividades de auxílio à mobilidade física [e.g., “*(...) também temos um professor de educação física que vem cá uma vez por semana, uma ou duas vezes por semana.*” (Lar5_cd5F)].

Na perspetiva dos cuidadores, três cuidadores, assinalaram também a existência de **cuidados de saúde** prestados pela presença de enfermeiros [e.g., “*É e assim vai passando, entretanto também chega a enfermeira*” (Lar2_cd2F)]. E a totalidade dos cuidadores indicaram, que para a realização dos **exercícios físicos** e/ou **fisioterapia**, contam com a

colaboração de técnicos externos ao lar e, estas, são atividades que os idosos realizam com agrado [e.g., “*Eles é assim, eles gostam de jogar, jogar o Boccia e assim, vão todos contentes para o Boccia*” (Lar2_cd2F)].

ii) culturais e lúdicas

Nas atividades culturais e lúdicas emergiram, dos nossos dados, as seguintes subcategorias: **canto e música, computador, convívio, dias comemorativos, hora do conto e leitura, jogos de mesa, passeios e caminhadas, televisão e trabalhos manuais.**

QUADRO 21.2

Atividades culturais e lúdicas

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.1.3.1.	Canto e música 2 fontes (2 cd) 3 unidades de registo (3 cd)	Codifica as unidades de registo que indicam a realização de atividades musicais.	“ <i>Outras vezes vem para aqui para cima para além, para a sala tocar(...)</i> ” (Lar3_cd3F)
7.1.3.2.	Computador 1 fontes (1 id) 2 unidades de registo (2 id)	Integra as referências que evidenciam o acesso à internet ou computador por parte da pessoa idosa.	“ <i>ah venho aqui ao computador fazer a paciência e vou até lá</i> ” (Lar3_id6F)
7.1.3.3.	Convívio 14 fontes (5 cd / 9 id) 28 unidades de registo (11 cd / 17 id)	Agrega as verbalizações que demonstram a realização de atividades promotoras de convívio e diálogo entre as pessoas idosas.	“ <i>(...) ali na sala grande, pronto e ai que se passa o melhor tempo de estarmos a conviver.</i> ” (Lar1_id1M)
7.1.3.4.	Dias comemorativos 3 fontes (1cd / 2 id) 4 unidades de registo (2 cd / 2 id)	Codifica os enunciados que aludem à comemoração de dias festivos ou de aniversários.	“ <i>E depois aqui dentro fazem umas festinhas: tivemos a festa de S. João que eles gostaram muito, ainda agora no outro fim de semana, eh... vão fazendo Karaoke</i> ” (Lar4_cd4F)
7.1.3.5.	Hora do conto e leitura 4 fontes (2 cd / 2 id) 8 unidades de registo (3 cd / 5 id)	Codifica os enunciados que descrevem a realização de atividades culturais de leitura.	“ <i>e, se às vezes, a M. estiver um bocadinho disponível está ali a fazer umas atividades com eles, contar umas histórias</i> ” (Lar1_cd1M)

7.1.3.6.	Jogos de mesa 8 fontes (3 cd / 5 id) 13 unidades de registo (3 cd / 10 id)	Integra as unidades de registo que revelem a realização de atividades lúdicas de mesa como cartas, dominó...	“Às vezes da parte da manhã jogamos as cartas com, com o Sr. José que está ai também e mais duas... mais algumas pessoas, claro vá, que gostam de jogar, mas depois entretemo-nos ali...” (Lar4_id7M)
7.1.3.7.	Passeios e caminhadas 11 fontes (4 cd / 7 id) 22 unidades de registo (8 cd / 14 id)	Agrega as referências que aludem a concretização de passeios e caminhadas com as pessoas idosas.	“as funcionárias, as animadoras chamam muitas vezes: ‘vamos dar uma volta.’ Vamos por essa estrada fora, uns pouco, quem pode ir, vamos passear” (Lar4_id8F)
7.1.3.8.	Televisão 10 fontes (5 cd / 5 id) 14 unidades de registo (5 cd / 9 id)	Codifica os enunciados que revelam a visualização de programas de televisão.	“Sim, ver televisão, a televisão está sempre ligada. Olha hoje, estão no, no, no... as coisas de... ai Jesus.” (Lar3_id5F)
7.1.3.9	Trabalhos manuais 7 fontes (3 cd / 4 id) 16 unidades de registo (5 cd / 11 id)	Integra as verbalizações que indicam a execução de trabalhos artísticos e manuais pelas pessoas idosas.	“Ai ela faz, faz muitas coisas. Faz desenhos... faz, faz muitas coisas a animadora” (Lar5_id10F)

As subcategorias **convívios**, **jogos de mesa**, **trabalhos manuais** e **televisão** foram as que receberam maior número de unidades de registo, tanto da pessoas idosas como de cuidadores. Na subcategoria **convívios**, nove pessoas idosas, descreveram que esta atividade se realiza diariamente, na própria instituição, resumem-se às conversas entre idosos, ocupam a maior parte do tempo das atividades da instituição [e.g., “É venho, venho e fico a conversar aqui a conversar com o senhor, estando aqui sento-me ali acima, estou a conversar com os colegas e pronto é a minha vida, mais nada.” (Lar2_id3M)] e, em cinco idosos, são a ocasião para a realização de **jogos de mesas** [e.g., “mas há-os aqui que eles assentam-se e estão ali a jogar as cartas ou dominó. Mais até o dominó. Entretêm-se mais do que as cartas.(Lar1_id1M)]. Em sete entrevistas, as pessoas idosas manifestaram que, aqueles que possuem capacidade de mobilidade, realizam livremente **passeios e caminhadas** nas imediações do lar e, por vezes, a instituição organiza passeios culturais ou religiosos [e.g., “Nós já fomos a Fátima, já fomos a, a, a Fátima duas vezes,

já fomos à Lapa, já fomos, já fo... temos passeado muito estas... as igrejas. Eu também gosto muito de ir à igreja.” (Lar3_cd5F) e *“Há os, há os que saem, vão até, até ao pé da Igreja, lá para trás”* (Lar5_id9F)]. A **televisão** emergiu em cinco pessoas idosas, como um objeto predominante nas salas de convívios, está muito tempo ligada, mas nem sempre é apreciada pelos nossos participantes idosos [e.g., *“à televisão eu nunca liguei muito à televisão. Tinha televisão no quarto, tenho televisão na sala nunca liguei assim muito.”* (Lar1_id1M); *“realmente estar a tarde inteira a ouvir o som da televisão, faz-me impressão.”* (Lar3_id6F)]. Quanto aos **trabalhos manuais**, uma pessoa idosa, assinalou que realiza trabalhos de croché ou malha [e.g., *“Não faço nada... eu é para o meus netos, para as minhas noras... ainda agora no domingo estive cá o meu filho a pagar a conta do mês, levou dois cachecóis, um para a filha outro para a nora... entretenho-me assim.”* (Lar5_id9F)] e, três idosos, referiram que realizam trabalhos gráficos propostos pelos cuidadores ou animadores.

As atividades **hora do conto e leitura** foram referidas por dois idosos como atividades promovidas pelos próprios idosos [e.g., *“Ah e nós também fazemos agora uma... um cantinho da leitura, temos que preparar não é e depois ver as pessoas que podem ainda ler.”* (Lar3_id6F)]. Também, duas pessoas idosas, assinalaram a celebração dos **dias comemorativos** como uma oportunidade para se realizar atividades diferentes [e.g., *“E fazem uns bonezinhos, agora para o S. João essas coisas do S. João, fazem sim.”* (Lar3_idF)]. A categoria **computador** apenas emergiu nos dados de uma pessoa idosa utilizado-o para o jogo da paciência e o acesso à internet: *“Sim, sim.. eu ainda, ainda, pois eu ainda aprendi qualquer coisa a D. M. J. ainda me ensinou, mas depois eu disse: “Eu quando quero cá venho” Faço só a paciência. Até já me esqueci, mas ainda fiz umas coisinhas ainda, bem ainda sou capaz de procurar qualquer coisa na internet, mas pouco.”* (Lar3_id6F).

Nas entrevistas dos cuidadores, as subcategorias **televisão, jogos de mesa e trabalhos manuais** são assinaladas na quase totalidade dos cuidadores e realizam-se em simultâneo com os **convívios**, assemelhando-se aos dados que emergiram das pessoas idosas [e.g., *“Aqueles que não podem gostavam de estar ali a ver, é assim essas coisas. Gostam muito de falar e de contar a vida deles o que passaram e o que não passaram,*

essas coisas todas assim, eles gostam de... (Lar2_cd2F); “mas o que eles gostam mais é jogos de cartas, dominó, se não jogarem, se houver um dia que não joguem não é dia e pronto (risos)... mas eles estão sempre ocupados.” (Lar4_cd4F); “depois tem os convívios onde normalmente vêm a televisão” (Lar1_cd1M), “Todos os dias, fazem desenhos, fazem pinturas, fazem colagens, prontos estão...” (Lar5_cd5F) e “atividades que pintam, têm tudo, eles saem, eles vão passear, pronto.” (Lar3_cd3F)].

Os **passeios e caminhadas** foram também percebidos por quatro cuidadores [e.g., “aqueles que ainda conseguem andar um bocadinho aproveitam sempre estes dias de sol para ir dar uma voltinha ao adro” (Lar5_cd5F)], assim como a **hora de conto e leitura**, por dois cuidadores, que seguiram a mesma linha de pensamento dos idosos [e.g., “Às vezes sim, nós temos aqui duas, prontas doutoras, às vezes eles durante... uma vez por semana têm o cantinho da leitura, fazem poemas, anedotas e são essas duas doutoras que fazem. (Lar3_cd3F)].

A subcategoria **canto e música** apenas recebeu informação de dois cuidadores como um momento lúdico e de convívio [e.g., “É. Gostam de dançar, a gente, às vezes no verão, faz aí, põe... tínhamos cá um senhor, que já faleceu, que ele aos domingos metia aí um gravador a tocar, eles gostavam prontos de dançar e estar ali” (Lar2_cd2F)].

ii) domésticas

Relativamente às atividades domésticas identificamos as subcategorias: **ajuda à comunidade, cozinha, limpeza e quinta e jardim**.

QUADRO 21.3
Atividades domésticas

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.1.4.1.	Ajuda à comunidade 4 fontes (1 cd / 3 id) 12 unidades de registo (5 cd / 7 id)	Codifica as unidades de registo que aludem à colaboração que o idoso presta à comunidade lar.	“Eu fecho a porta, tiro a chave e só abro aos que devo abrir, agora aos que estão proibidos de sair não abro. (Lar2_id4F)
7.1.4.2.	Cozinha 8 fontes (4 cd / 4 id) 15 unidades de registo	Agrega as referências que indicam que as pessoas idosas colaboram com atividades domésticas na	“É assim... nós dar, darmos, não damos eles é que tomam a iniciativa, por exemplo nós temos cá uma

	(8 cd / 7 id)	cozinha.	<i>senhora que dizemos que é a nossa copeira. Que põe as mesas, que arruma a loiça, prontos.”</i> (Lar5_cd5F)
7.1.4.3.	Limpeza 5 fontes (1 cd / 4 id) 9 unidades de registo (1 cd / 8 id)	Integra as expressões que revela que as pessoas idosas colaboram na limpeza e arranjo do quarto.	<i>“o senhor Drº disse que tinha de ter repouso, mas tão eu também não faço nada, eu só fazia a minha cama, isso fazia que eu gostava muito bem de dormir na minha cama, feita por mim, agora não posso já são elas que a fazem.”</i> (Lar2_id4F)
7.1.4.4.	Quinta e jardim 3 fontes (1 cd / 2 id) 7 unidades de registo (1 cd / 6 id)	Codifica os enunciados que referem as atividades domésticas realizadas pela pessoa idosa nos jardins da instituição.	<i>“trabalhei ainda nas terras oito anos aqui, ali em baixo no campo”</i> (Lar1_id2F)

No que respeita à participação das pessoas idosas nas atividades domésticas, quer por proposta da instituição quer por opção do idoso, oito pessoas idosas, assinalaram que colaboram ou já colaboraram em alguma das atividades domésticas, tais como: na **cozinha** [e.g., “*Quem quiser ir, olhe, e há dias estive aí a debulhar favas eu e mais duas*” (Lar4_id5F)]; na **limpeza** [e.g., “*e outras vezes vou para o quarto compor a roupa que as empregadas põem lá a roupa para eu por lá no meu... no meu guarda vestidos, ponho lá a roupa arrumadinha a minha e a da minha mulher e às vezes estou lá duas e três horas sozinho ali a entreter-me.*” (Lar4_id7M)] e no espaço exterior do lar designado de **quinta e jardim** [e.g., “*Ajudam. É um chamado A. que anda aí também, que... vai deita a mão a este... tanto que ele nem hoje foi à Santa Missa, porque andou a ajudá-los lá fora, aproveitar o tempo para fazer alguma coisa lá... ali...*” (Lar1_id1M)]. Para três destes idosos, estas ações são uma **ajuda à comunidade** e cuidadores [e.g., “*Ajudo quando as funcionárias vão lá. Olhe eu tenho agora muito que fazer, dar-lhe de comer, ainda lhe dou o comerzinho e se for preciso, às vezes, puxá-lo para cima ou coisa, eu deste braço também tenho aqui uma artrose, tenho este braço aleixado, não estico mais, mas ainda lhe dou uma ajudinha, estou ali à beira dele (marido) de noite.*” (Lar4_id8F)].

Na perspetiva de quatro cuidadores, embora a população que integra o lar seja muito envelhecida, há uma disponibilidade das pessoas idosas, com mais mobilidade, na **ajuda à comunidade** [e.g., “*ele de manhã depois de estar prontinho pode vir perfeitamente para baixo para tomar o pequeno almoço, mas ele diz sempre assim: “eu espero um bocadinho para levar uma cadeira”, ele próprio. E eu “não deixe estar”. E ele “deixe-me ajudar.”* (Lar1_cd1M)] em tarefas como **cozinha** [e.g., “*Sim, sim e às vezes nós temos idosas que nos arrumam a loiça metem a loiça nos armários em cima do balcão e eles dizem quando precisarem a gente chama, é.*” (Lar3_cd3F)], **limpeza** [e.g., “*Claro que há alguns que fazem mais do que outros, por exemplo a D. A. de manhã ajuda a dar os comprimidos do jejum, ajuda a limpar as babetes*” (lar1_cd1M)], e **na quinta e jardim** [e.g., “*Sim, temos ali os canteiros nas varandas e eles lá vão arrancar as ervas, lá os regam. A gente agora comprou para lá umas plantas, ó D. A. agora não se preocupe, agora trato eu deles. Eles regam, eles andam sempre a regar, a arrancar alguma ervinha, sim.*” (Lar2_cd2F)].

iv) religiosas e espirituais

Na resposta às necessidades religiosas e espirituais que a instituição e cuidadores oferecem à pessoa idosa institucionalizada, emergiram dos nossos dados as seguintes subcategorias: **apoio espiritual, católicos, Adoração ao Santíssimo, distribuição da Sagrada Comunhão, oração pessoal, terço, via-sacra, espirituais, eucaristia, reconciliação e vivência comunitária.**

No sentido de facilitar a compreensão da caracterização da resposta religiosa e espiritual dada pelas instituições e cuidadores às pessoas idosas, descreveremos estas subcategorias com o auxílio dos quadros 20.4, 20.5 e 20.6

QUADRO 21.4

Respostas religiosas e espirituais

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.1.5.1.	Apoio Espiritual 10 fontes (3 cd / 7 id) 12 unidades de registo (4 cd / 12 id)	Codifica as unidades de registo que indicam a existência de apoio espiritual realizado por capelão ou sacerdote.	<i>“Tenho esse espaço e tenho, que é grande, e temos a capela vem cá de ve, e vem cá... no inverno, vem quase sempre o Sr. P. S., no verão quando começam as festas e as coisas torna mais complicado, vai faltando.”</i> (Lar3_id6F)
7.1.5.3.	Espirituais 11 fontes (3 cd / 8 id) 21 unidades de registo (7 cd / 14 id)	Integra as unidades de registo que indicam que a instituição favorece a vivência religiosa e espiritual das pessoas idosas quer através de celebrações ou da relação pessoal com Deus.	<i>“Não, eu da capela não senti falta que eu tenho aqui igual, igual como a quem diz”</i> (Lar2_id4F)
7.1.5.4.	Religião Católica 10 fontes (2 cd / 8 id) 16 unidades de registo (4 cd / 12 id)	Agrega as verbalizações que descrevem a vivência da Fé Católica por parte das pessoas idosas.	<i>“Gosto muito da Igreja e sou muito católico.”</i> (Lar4_id7M)
7.1.5.6.	Vivência Comunitária 2 fontes (1 cd / 1 id) 5 unidades de registo (2 cd / 3 id)	Codifica os enunciados que revelam que o lar se envolve com a comunidade externa na vivência da fé das pessoas idosas: paróquia, romarias...	<i>“Hee se eu posso ir a isso, portanto, heee... então também eu... então mesmo que haja missa ao sábado... Não, quando há missa ao sábado, pois eu ia ao domingo, mas quando não há missa ao sábado eu vou, por exemplo, ali à Igreja da..., à Igreja.”</i> (Lar3_id6F)

A totalidade dos nossos participantes idosos, dez, perceberam que a instituição que os acolhe, está sensibilizada para a sua Fé e promove ações e espaços para que a possam viver e praticar. Oito pessoas idosas indicaram que se professa a **Religião Católica** no lar de idosos [e.g., *“Ai Jesus, (risos) ai isso não se fala, olhe estava com o terço na mão, deixei-o lá ficar em baixo agora, tenho sempre aqui o terço comigo. Se rezo! Ó Nossa Senhora, os meus filhos todos, são todos crentes.”* (Lar3_id5F)]. Em sete idosos assinalou-se que o **apoio espiritual** é desenvolvido com a presença regular de um sacerdote, pároco

ou capelão, [e.g., “*Costuma sim senhor, vem cá, vem cá miúdo miúdo... vem cá, vem cá sempre quando é na Páscoa vem sempre rezar cá uma missa. E... mesmo sem ser na Páscoa já outra vez sem ser no dia de Páscoa, também já... ainda aqui à tempos... há pouco tempo esteve cá a rezar, à tarde, também uma missa.*” (Lar4_id7M)] e, oito pessoas idosas, verbalizaram através da subcategoria **espirituais** que, sempre que queiram, se deslocam à capela da instituição para realizar as suas orações pessoais ou participar nas celebrações comunitárias [e.g., “*Sim, nós aqui, nós vamos à capela rezar, confessarmos e tudo, é.*” (Lar3_id5F)]. De referir ainda que, uma pessoa idosa refletiu que se desloca livremente ao exterior do lar para a **vivência comunitária** da sua fé.

Na perspetiva dos nossos participantes cuidadores, os seus lares de idosos respondem às perdas espirituais e religiosas identificadas nos idosos. Em primeiro lugar, para dois cuidadores, pelo respeito da Fé na **Religião Católica** que os idosos manifestam professar [e.g., “*Sim, os santinhos, santinhos que estão sempre na mesinha de cabeceira, está sempre com santinhos eles gostam*” (Lar2_cd2F)]; depois, em três cuidadores, pela presença de um sacerdote ou capelão na instituição como **apoio espiritual** [e.g., “*Não, não, porque eles sabem que se precisarem, por exemplo, de desabafar com um sacerdote, eles sabem que têm-no ali, não é*” (Lar1_cd1M)]; e, por fim, na liberdade com que as pessoas idosas expressam as suas vivências **espirituais** [e.g., “*Têm fé e tem mesmo necessidade de... nós temos aqui idosas que não se deitam na cama sem de benzerem e sem orar*” (Lar5_cd5F)]. Um cuidador assinalou ainda que o lar, a pedido dos idosos, os leva a participar na **vivência comunitária** da sua Fé [e.g., “*É o que eles estão habituados a ter, eles não... é, não reclamam assim por... reclamam agora que nós no domingo temos que ir com eles para C., gostam de ir ao (...) domingo, prontos e às vezes gostam de ir também (...) Sim, vamos, vamos com eles à missa. Sim, sim, sim... nós no domingo vamos lá com eles à missa a C.*” (Lar2_cd2F)].

QUADRO 21.5

Devoções desenvolvidas nos lares de idosos

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.1.5.2.1.	Adoração ao Santíssimo Sacramento 1 fontes (1id) 2 unidades de registo	Codifica as unidades de registo que indicam momentos de oração diante do Santíssimo Sacramento.	<i>“Porque só se estiver... quantas vezes estou lá em baixo na oração no Santíssimo, vem a família fazer-me as visitas, não sabem. Vai lá em baixo a pequena chama-me...”</i> (Larq_id1M)
7.1.5.2.2.	Distribuição da Sagrada Comunhão 4 fontes (2 cd / 2 id) 5 unidades de registo (2 cd / 3 id)	Integra as unidades de registo que indicam a distribuição da Sagrada Comunhão por Ministros da Comunhão.	<i>“Quando eles não podem vir vem a irmã dar a comunhão, vem uma irmã a comunhão e fazer aquelas orações. Aqui está-se muito bem.”</i> (Lar3_id5F)
7.1.5.2.3.	Oração pessoal 9 fontes (4 cd / 5 id) 19 unidades de registo (9 cd / 10 id)	Codifica os enunciados que referem que as pessoas idosas realizam momentos de oração pessoal e individual.	<i>“E à noite quando me deito digo sempre as minhas orações.”</i> (Lar5_id10F)
7.1.5.2.4.	Terço 13 fontes (5 cd / 8 id) 37 unidades de registo (14 cd / 23 id)	Agrega as referências que evidenciam a dinamização da oração do terço pela instituição e pessoas idosas.	<i>“Então, durante a semana ouvem a missa... ouvem o terço na rádio, a gente liga ali na sala, e lá em cima (outra instituição) é a mesma coisa, ligamos o rádios e eles todos os dias rezam.”</i> (Lar4_cd4F)
7.1.5.2.5.	Via sacra 1 fonte (1 id) 1 unidade de registo	Integra as verbalizações que indica a celebração comunitária da via sacra.	<i>“Adoração ao santíssimo. A oração que fazem dos santos de volta da igreja, são catorze epi (...) A via-sacra, via sacra.”</i> (lar1_id1M)

Relativamente às **devoções**, enquanto resposta às perdas religiosas e espirituais, a subcategoria **terço** foi a que recebeu maior número de referências, tanto das pessoas idosas como dos cuidadores. Oito pessoas idosas verbalizaram que na sua instituição reza-se diariamente o terço, através do rádio ou meditado pelos próprios idosos [e.g., “E o tercinho. O Terço rezemos sempre antes da missa, eu mais a... uma senhora que está lá,

através, todos que estão lá dentro rezemos sempre o terço” (Lar1_id1M)]. Quanto à **oração pessoal**, cinco pessoas idosas, referiram que a realizam no quarto, na sala de convívio ou na capela do lar [e.g., *“O que é que uma pessoa há de fazer... E, e, e, e eu ocupo o tempo a rezar. Porque eu os princípios que para cá vim... aqui ninguém rezava nada, nos princípios que eu para cá vim, e eu como ainda podia arrastar a minha cadeira, eu ia para a capela, mas Nossa Senhora e ao Santíssimo Sacramento, Nossa Senhora de Fátima tanto me ouvem eu estando aqui assentada como se esteja na capela, não é”* (Lar5_id9F)]. A **distribuição da sagrada comunhão**, assinalada por duas pessoas idosas, acontece quando não há a possibilidade para a celebração da Eucaristia [e.g., *“Aliás a irmã do Sr. padre... ah quando o sr. padre não vem dizer missa, a irmã do sr. padre vem dar a sagrada comunhão, pronto. Eu geralmente não aproveito isso porque faço contas de ir à eucaristia à tarde.”* (Lar3_id6F)]. A **Adoração ao Santíssimo** e a **Via Sacra** foram referidos, por uma pessoa idosa, como momentos de oração propostos pelo lar.

Nas entrevistas dos cuidadores foi percecionado que a oração do **terço** e a **oração pessoal** são realizadas com regularidade pelo lar e por opção das pessoas idosas [e.g., *“Sim, sim mesmo quando não está o rádio ligado vai, vai sempre um que está assim mais direitinho à cozinha e pede para ligar o rádio... pronto isso é...”* (Lar5_cd5F) e *“Sim, sim, sim são muito católicos, eles são muito católicos, eles vão ali sempre todos os dias à capelinha vão lá rezar.”* (Lar2_cd2F)]. Quanto à **distribuição da Sagrada Comunhão**, dois cuidadores, assinalaram que é realizada pelo sacerdote ou pároco quando este visita a instituição [e.g., *“Vem, e às vezes vem confessá-los e vêm dar-lhes a comunhão e isso. Sim, quando é Páscoa e isso”* (Lar4_cd4F)].

QUADRO 21.6

Celebração dos sacramentos

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.1.5.5.1.	Eucaristia 15 fontes (5 cd / 10 id) 44 unidades de registo (20 cd / 24 id)	Codifica as unidades de registo que indicam que as pessoas idosas participam na Eucaristia ou visualização através da televisão.	<i>“mas depois de vir para aqui tenho ido sempre à missa todos os domingos para aqui a igreja e gosto muito da missa.”</i> (Lar4_id7M)
7.1.5.5.2.	Reconciliação 4 fontes (2 cd / 2 id) 4 unidades de registo (3 cd / 3 id)	Codifica as verbalizações que evidenciam a celebração do sacramento da confissão no lar.	<i>“Sim, confessam sempre eles também... ele também vem mais cedo para antes da missa se algum se quiser confessar ou assim, ele confessa.”</i> (Lar2_cd2F)

No que respeita à celebração do sacramento da **Eucaristia**, a totalidade dos nossos participantes, cuidadores e pessoas idosas, assinalaram que os idosos têm a possibilidade, semanalmente, de participarem ou visualizarem a **Eucaristia** [e.g., *“Quando o Sr. Padre pode reza a me... a missa na capela. Vou sempre à missa. E comungamos.”* (Lar5_id10F) e *“eles na sala têm televisão, têm rádio, tem... mas acabam só por... por exemplo a televisão dão-lhe mais atenção ao domingo de manhã porque dá as missinhas (sorrisos)”* (Lar5_cd5F)]. Os cuidadores de duas instituições refletiram, ainda, que as pessoas idosas com autonomia deslocam-se à igreja paroquial para participarem na **Eucaristia** [e.g., *“Sim, os que se podem deslocar vão, de manhã à missa, e ao domingo vão sempre, mesmo os do domicílio, nós às vezes vamos busca-las mais cedo para elas irem à missa”* (Lar4_cd4F)].

A celebração do sacramento da **Reconciliação**, na perspetiva de duas pessoas idosas e dois cuidadores, realiza-se quando o sacerdote visita a instituição, por altura do Natal ou Páscoa para celebrar a Eucaristia [e.g., *“Sim, nós aqui, nós vamos à capela rezar, confessarmos e tudo, é.”* (Lar3_id5F) e *“Vem, e às vezes vem confessá-los e vêm dar-lhes a comunhão e isso. Sim, quando é Páscoa e isso.”* (Lar4_cd4F)].

iv) Sociais

Relativamente à resposta às necessidades sociais emergiram dos nossos dados as seguintes subcategorias: **amigos e restante família, casal, comunidade externa, família e filhos (as)**.

QUADRO 21.7

Resposta às necessidade sociais

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.1.6.1.	Amigos e restante família 4 fontes (1 cd / 3 id) 6 unidades de registo (1 cd / 5 id)	Integra as expressões que descrevem que as pessoas idosas recebem visitas de amigos e restante família.	<i>“É isso, tenho, muito tem-me cá vindo ver. Um senhor que era meu vizinho do P., que esteve no Brasil uma cheia de anos uma cheia de anos também cá, tem cá vindo várias vezes, quando... agora também já está viúvo, vinha ele e à mulher sempre cá vieram, gostavam muito”</i> (Lar5_id9F)
7.1.6.2.	Casal 4 fontes (1 cd / 3 id) 9 unidades de registo (1 cd / 9 id)	Codifica os enunciados que indicam que o lar oferece condições, às pessoas idosas, enquanto casal.	<i>“No meu? Não, no mesmo quarto ficamos sim, ficamos (marido)”</i> (Lar2_id4F)
7.1.6.3.	Comunidade externa 2 fontes (2 cd) 10 unidades de registo (10 cd)	Agrega as unidades de registo que indicam que os idosos mantêm contacto com a comunidade externa ao lar.	<i>“Sim, às vezes vêm cá crianças, da faculdade sénior vêm cá, é... outras vezes depende eles vão lá, é.”</i> (Lar3_cd3F)
7.1.6.4.	Família 1 9 fontes (2 cd / 7 id) 35 unidades de registo (3 cd / 32 id)	Codifica as referências que aludem ao apoio da família, a ida das pessoas idosas a casa dos familiares e da presença de algum familiar na instituição.	<i>“A minha mãe veio morrer, ainda, aqui ao pé de mim e veio comigo coitadinha. Não quis ir com nenhuma filha. Ainda foi com a minha irmã, mas chegou a Lisboa veio-se embora.”</i> (Lar1_id2F)
7.1.6.5.	Filhos(as) 7 fontes (2 cd / 5 id) 14 unidades de registo (4 cd / 10 id)	Codifica os enunciados que verbalizam que os idosos recebem visitas dos filhos.	<i>“El: Eu sinto, eu sinto, que às vezes os meus filhos vêm, dois estão cá, mas um está em Lisboa, mas vem cá muitas vezes por minha causa.”</i> (Lar2_id4F)

Considerando as respostas sociais que as instituições oferecem às pessoas idosas, é de sublinhar que três pessoas idosas referiram que, enquanto **casal**, foram colocados no mesmo quarto da instituição [e.g., “(o marido) *Vive, é nosso quarto é, nosso quarto. Leva-me para cá e para lá, vestir visto-me eu.*” (lar1_id2F)]. Apenas uma pessoa idosa referiu que atualmente não se encontra no mesmo quarto com a sua esposa, porque o estado de saúde desta se agravou sendo colocada no sector dos **acamados** [e.g., “*E depois ao cabo de algum tempo a minha mulher adoeceu, tolheu-se, está nos acamados lá em baixo, não fala há um ano, a ser alimentada pela sonda... não diz nada nem conhece ninguém.*” (lar2_id3M)].

Quanto à presença da **família**, duas pessoas idosas referiram que foram acolhidas no lar juntamente com os seus maridos e, uma delas, trouxe também a sua mãe. A presença destes familiares são um conforto permanente na vida do outro [e.g., “*faço-lhe a barba todos os dias, ao meu homem, sou eu que lha faço.*” (Lar4_id8F) ou “*O meu marido coitadinho, o meu marido é um anjo da guarda que ali tenho. Deus permita que eu morra primeiro do que ele (...) ele não vai para ao pé de ninguém, fica ali. Às vezes até lhe digo vai para o convívio e conversa lá. “Eu estou aqui melhor ao pé de ti”. Coitadinho.*” (Lar1_id2F)]. Para seis pessoas idosas a **família**, filhos e sobrinhos, apoiam-nos através das visitas; trazem-lhes algumas coisas para comer e levam-nos para casa deles com alguma regularidade [e.g., “*Eu sinto, eu sinto, que às vezes os meus filhos vêm, dois estão cá, mas um está em Lisboa, mas vem cá muitas vezes por minha causa. E às vezes querem-me levar para eu ir comer dois dias ou três, quando é no Natal. O meu filho que está em S. M., esse vêm-me buscar sempre*” (Lar2_id4F)].

No discurso de quatro pessoas idosas assinalou-se a visita periódica dos **filhos(as)** [e.g., “*Mas os meus filhos, ainda agora veio cá um, esteve cá, esteve cá de quinta até domingo e levou-me para lá, levou-me lá em cima, veio-me trazer, vou andando!*” (Lar4_id8F)] e, três idosos, referiram que mantêm o contacto com os seus **amigos e restante família** pelas visitas que estes realizam ao lar onde se encontram [e.g., “*E, e então ele (vizinho) de vez em quando vem-me cá ver. Ele até disse assim: ‘qualquer dia venho para cá viver.’*” (Lar5_id9F)].

Nos dados dos cuidadores, um cuidador referiu que a instituição privilegia a colocação do **casal** no mesmo quarto: “*Sim, sim, sim... temos aí casais, temos aí que normalmente a gente põe no mesmo quarto, onde tem casa de banho, também, privada, só para eles*” (Lar2_cd2F). Dois cuidadores perceberam que a maior parte das pessoas idosas ficam quase sempre na instituição, mas alguns, a **família**, levam-nos a passear: “*Ficam muitas vezes cá, mas têm pessoas, há idosos que vão passar o Natal fora, vão passar o fim de semana fora, temos lá em cima uma que vai às vezes ao domingo almoçar com o filho, mas a maior parte deles fica, têm mais visitas cá dentro*” (Lar4_cd4F). Para dois cuidadores, os **filhos(as)** são os elementos da família do idoso que mais vezes os visitam: “*Sim, mais dos filhos, é, eles também vêm cá constantemente. (...) Todas as semanas, temos aqui idosos que vêm cá todos os dias visitá-los, é.*” (Lar3_cd3F). Um cuidador referiu que as pessoas idosas também recebem visitas dos **amigos e restante família**: “*Então, vem a família e vem amigos pessoas que eles conhecem, pessoas daqui.*” (Lar4_cd4F). A presença e socialização com a **comunidade externa**, através de visitas e ações realizadas por grupos de jovens ou outras instituições junto das pessoas idosas, foi referida por dois cuidadores [e.g., “*Sim, às vezes vêm cá crianças, da faculdade sénior vêm cá, é... outras vezes depende eles vão lá, é.*” (Lar3_cd3F)].

v) ausência de atividades

No que respeita à ausência de atividades, nos lares de idosos em estudo, identificámos as seguintes subcategorias: **ausência de atividade física**, **ausência de atividade lúdico-cultural**, **ausência de atividade doméstica**, **ausência de atividade religiosa**.

QUADRO 21.8

Ausência de atividades

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.1.2.1.	Ausência de atividade física 1 fontes (1 cd) 1 unidades de registo	Integra as expressões que descrevem a ausência de algumas atividades físicas.	“ <i>Fisioterapia não temos, isso não temos</i> ” (Lar5_cd5F)

7.1.2.2.	Ausência de atividade lúdico-cultural 7 fontes (1 cd / 6 id) 11 unidades de registo (1 cd / 10 id)	Agrega os enunciados que aludem à ausência de algumas determinadas atividades lúdico-culturais.	<i>Não se vi, se viessem eu gostava, gostava muito de fazer pinturas. E de primeiro vinham muito, fazer colar, fazer coisas, vinham, agora não vieram não sei porquê.</i> (Lar2_id4F)
7.1.2.3.	Ausência de atividade doméstica 5 Fontes (1 cd / 4 id) 9 unidades de registo (3 cd / 6 id)	Codifica as unidades de registo que indicam a ausência de atividades domésticas.	<i>“Aqui não, aqui não, não... além tinha uma hortinha, ainda fabricam essa horta, mas aí, mas também nunca fui para lá, para a horta.”</i> (Lar3_id5F)
7.1.2.4.	Ausência de atividade religiosa 3 fontes (1 cd / 1 id) 4 unidades de registo (3 cd / 1 id)	Integra as verbalizações que aludem à ausência de atividades religiosas.	<i>“Não, aqui vamos à comunhão se formos à igreja ou ele venha aqui, mas podia vir dar aqui o Senhor, que há aqui, um senhor que está aqui, dá o Senhor.”</i> (Lar4_id8F)

A **ausência de atividades** nos lares de idosos foram assinaladas nos dados por dez pessoas idosas e de dois cuidadores. Esta ausência não revela uma inatividade da instituição, mas tão somente a ausência de algumas atividades específicas. Assim, nos dados de um cuidador foi assinalado a inexistência de fisioterapia que identificámos com a subcategoria **ausência de atividade física**.

Nas entrevistas de seis pessoas idosas emergiu a **ausência de atividade lúdico-cultural**, tais como trabalhos manuais, pintura... por vezes justificada por uma população envelhecida [e.g., “A minha irmã vai fazer oitenta e quatro este mês, mas tem Alzheimer e já não, pronto está mesmo mal. Há uma outra senhora que tem uma depressão que deve ter os seus sessenta e tal que anda muito bem, mas que portanto, quer dizer já não há possibilidade, quer dizer, não vejo o que é que pudesse fazer que interessasse muito” (Lar3_id6F)]. Um cuidador refletiu, também, na necessidade de se promover junto das pessoas idosas mais momentos lúdicos [e.g., “Não, se calhar mais, mais distração para eles e isso, mas de resto da nossa parte não.” (Lar4_cd4F)].

Um cuidador referiu, na subcategoria **ausência de atividade doméstica** que a sua instituição não propõe atividades domésticas ou de cozinha aos seus idosos [e.g., “Há uma

senhora que quer (descascar batatas), *mas a gente não gosta muito de...* (lar4_cd4F)] e três pessoas idosas assinalaram que estas são atividades próprias dos cuidadores, sendo raras as vezes que lhes é pedida a sua realização [e.g., “*Quando são assim mais miudinhas para assar ou assim levam mais tempo não é, e a gente ajuda no que elas precisasse. Mas elas é raro até de chamar, é muito raro, elas lá fazem as coisas.* (Lar4_id8F)].

Quanto à **ausência de atividade religiosa**, um cuidador referiu que não possuem acompanhamento espiritual, a não ser a Eucaristia semanal e a oração do terço pelo rádio e uma pessoa idosa assinalou a ausência de distribuição da Sagrada Comunhão pelos idosos.

b) Tarefas

Relativamente às tarefas realizadas pelos cuidadores e instituições como resposta às perdas identificadas pelas pessoas idosas, a análise dos nossos dados permitiu caracterizar as tarefas como: i) **tarefas institucionais** e ii) **tarefas com os idosos**.

i) tarefas institucionais

Na caracterização das tarefas institucionais emergiram as seguintes subcategorias: **apoio ao domicílio, limpeza dos espaços, manutenção, turnos e vigilância noturna.**

QUADRO 22

Tarefas institucionais

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.6.2.1.	Apoio ao domicílio 3 fontes (2 cd / 1 id) 7 unidades de registo (5 cd / 2 id)	Codifica as unidades de registo que indicam que o cuidador realiza, em simultâneo, tarefas como cuidador na valência lar e na valência apoio ao domicílio.	“ <i>depois temos o apoio domiciliário, que é onde estou agora mais, e que vamos levar refeições aos que estão em casa...</i> ” (Lar5_cd5F)
7.6.2.2.	Limpeza dos espaços 10 fontes (4 cd / 6 id) 16 unidades de registo (5 cd / 11 id)	Agrega as referências que demonstram que os cuidadores realizam a tarefa de limpeza dos espaço físico como o quarto.	“ <i>limpam os quartos de banho, limpam tudo, cada qual tem a sua, sua tarefa... é, cada qual tem a sua tarefa.</i> ” (Lar4_id8F)
7.6.2.3.	Manutenção 1 fonte (1 cd)	Integra os enunciados que indicam que o cuidador realiza trabalhos de	“ <i>Depois da parte da tarde é quase a mesma função, ver se eles precisam mais de</i>

	3 unidades de registo	manutenção na instituição.	<i>alguma coisa, mais algum toque de manutenção para se fazer.” (Lar1_cd1M)</i>
7.6.2.4.	Turnos 11 fontes (4 cd / 7 id) 22 unidades de registo (11 cd / 11 id)	Codifica as verbalizações que aludem que os cuidadores realizam tarefas por turnos, sendo as pessoas idosas cuidadas por diversos cuidadores.	<i>“... e à tarde, prontos igual... mas quem está naquele turno é que tem, tem esse cuidado, não é sempre a mesma pessoa a fazê-lo.” (lar5_cd5F)</i>
7.6.2.5.	Vigilância noturna 2 fontes (2 id) 2 unidades de registo	Agrega as unidades de registo que indicam que os cuidadores realizam vigilância noturna.	<i>“Quem me disse à Sr^a. Dr^a, porque eu não dormia de noite, e apanhei uma depressão tive que ir para Viseu, chegou-me a tensão a 24 e tive que ir no INEM para Viseu. Porque as funcionárias de noite quando vão pô-la a fazer chichi, e que iam, e que vão vigiar, elas vão de noite vigiar, encontravam-me sempre acordada.” (Lar5_id10F)</i>

Na entrevista de sete pessoas idosas constatámos que os cuidadores trabalham por **turnos**, não possibilitando que a pessoa idosa seja cuidada pelo mesmo cuidador [e.g., “*Não, não, são várias. Tem muitos turnos, umas de manhã e há dias que estão umas à noite, depois mudam, como têm folga dois dias por semana, depois vai, folga uma, vai outra e nunca são as mesmas.*”]. Entre as várias tarefas realizadas pelos cuidadores, seis pessoas idosas, destacaram a **limpeza dos espaços** como uma das principais tarefas do cuidador [e.g., “*O que é que elas fazem?! Ó coitadas. Então, têm que lavar as loiças têm que limpar a sala. Têm que de manhã arrumarem os quartos; têm que limpar as casas de banho, não é; mudar as camas dos idosos é quase é preciso todos...*” (Lar5_id10F)]. Uma pessoa idosa referiu, ainda, que os cuidadores, além das tarefas próprias do lar, realizam também o serviço de **apoio ao domicílio**: “*Lá andam nas tarefas e agora vão, vai um a levar, vai um, um agora sai com a carrinha lá vai levar a comidinha aos velhinhos, o apoio*” (Lar4_id8F)]. Quanto à **vigilância noturna**, dois idosos testemunharam que os cuidadores estão atentos ao descanso noturno dos idosos: “*e depois de noite eu estava muito em baixo e a funcionário foi lá e eu tenho a impressão que até não me costuma ir*

vigiar a mim ainda mas acho, elas dizem que sim que abrem a porta devarinho e que me sentem a respirar e que já noutra dia que foram e não me sentiam e que foram e que eu estava a respirar assim muito devarinho.” (Lar3_id6F).

Na perspetiva de quatro cuidadores as tarefas institucionais são realizadas por **turnos**, em horários diferentes, não permitindo que o cuidador cuide sempre da mesma pessoa idosa [e.g., “Não, conforme as pessoas que estejam é, mas pegamos e andamos, pegamos nesta senhora vou eu, pega outra e vai... não, não há nenhum mapa.” (Lar4_cd4F)]. A **limpeza dos espaços** constitui, também, tarefa do cuidador: “nós, nós temos, nós fazemos as limpezas aos quartos, às casas de banho, pronto” (Lar3_cd3F). Dois cuidadores refletiram que, depois de realizadas as tarefas no lar, vão prestar **apoio ao domicílio**, restando-lhes pouco tempo para estar junto das pessoas idosas [e.g., “lá está não temos tanto tempo para isso porque temos muito trabalho, temos os domicílios e temos isso tudo, acabamos por ter as animadoras que os...” (Lar4_cd4F)]. Apenas um cuidador referiu que, associada à tarefa de cuidar e de limpeza, realiza trabalhos de **manutenção** na instituição: “Entre o que vai do pequeno almoço até ao almoço, às vezes, se é preciso algum... uns pequenos toques de manutenção da casa dou um jeitinho, não é, também nisso sou assim um bocadinho habilidoso (risos). Se, às vezes, é preciso sair para ir às compras ou assim, às vezes o L. não está disponível, vou eu.” (Lar1_cd1M)

ii) tarefas com as pessoas idosas

Nas tarefas que o cuidador realiza diretamente com a pessoa idosa emergiram as seguintes subcategorias: **animação cultural, cuidador aleatório, cuidador do mesmo género, higiene pessoal dos idosos, enfermagem, exercícios de memorização, refeições.**

QUADRO 23

Tarefas com as pessoas idosas

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.6.1.1.	Animação cultural 8 fontes (4 cd / 4 id) 19 unidades de registo (11 cd / 8 id)	Integra os enunciados que indicam que o cuidador assume funções de animador cultural e a existência de um animador.	“dar atenção que a maior parte deles precisa e para isso temos uma animadora na sala que também faz atividades com eles todos os

			<i>dias... (Lar5 cd5F)</i>
7.6.1.2.3.	Higiene Pessoal dos idosos 15 fontes (5 cd / 10 id) 72 unidades de registo (36 cd / 36 id)	Agrega as verbalizações que indicam os cuidados de higiene pessoal realizados pelo cuidador junto da pessoa idosa.	<i>“elas vêm para aqui e passado algum tempo elas já estão habituadas a fazer tudo destes trabalhos todos, a mudar fraldas, a, a lavar a dar-lhes banho, tudo isso e, e acho que...” (Lar3_id6F)</i>
7.6.1.2.1.	Cuidador aleatório 10 Fontes (3cd / 5 id) 14 unidades de registo (6 cd / 8 id)	Codifica as unidades de registo que aludem aos cuidados de higiene pessoal dos idosos, realizados pelo cuidador, independentemente do género da pessoa idosa.	<i>“E tem essa coisa, prontos nós somos mulheres e vamos tratar de mulheres e é muito mais fácil. Os homens ficam mais retraídos...” (Lar5_cd5F)</i>
7.6.1.2.2.	Cuidador do mesmo género 7 fontes (3 cd / 4 id) 19 unidades de registo (11 cd / 8 id)	Codifica as unidades de registo que aludem aos cuidados de higiene pessoal dos idosos, realizados pelo cuidador atendendo ao género da pessoa idosa.	<i>“ (...) É, os homens são da minha responsabilidade, sou responsável pela higiene dos homens, praticamente todos.” (Lar1_cd1M)</i>
7.6.1.3.	Enfermagem 8 fontes (5 cd / 3 id) 22 unidades de registo (18 cd / 4 id)	Integra todas as referências indicadoras de que os cuidadores realizam tarefas de enfermagem.	<i>“Lavá-los, acompanhá-los, dar-lhes medicação, levá-los ao médico, sempre que há algum problema somos nós que os acompanhámos às urgências,” (Lar4_cd4F)</i>
7.6.1.4.	Exercícios de memorização 3 fontes (3 cd) 3 unidades de registo	Codifica os enunciados que ilustram que o cuidador realiza exercícios de memorização com o cuidador.	<i>“Há aqueles que vem para cá com aquelas Alzheimer... Não dizem três com dois, prontos, e uma pessoa até gosta, até puxa por eles para eles estarem sempre... ativos...” (Lar5_cd5F)</i>
7.6.1.5.	Refeições 11 fontes (5 cd / 6 id) 31 unidades de registo (17 cd / 14 id)	Agrega a unidades de registo que descrevem que os cuidadores ajudam na distribuição das refeições às pessoas idosas.	<i>“E mesmo depois dar-lhes o almoço, tem sempre a pôr-nos a refeição a todos, sei lá, o almoço ou o jantar tem que andar elas a distribuir o almoço ou o jantar e têm sempre muito que fazer.” (Lar4_id7M)</i>

Relativamente às tarefas realizadas pelos cuidadores junto dos idosos, todas as pessoas idosas e cuidadores percecionaram que a tarefa prioritária dos cuidadores é a **higiene pessoal dos idosos** [e.g., “*Olhe, eles as que fazem aqui, olhe vão mudar os*

doentes, não é, os que estão na caminha, aquela hora vão mudar a fraldinha, agora mudam-se para comer, não é, logo para lanchar tornam a mudá-los e depois lá para as duas da manhã tornam a ir lá mudá-los, os velhinhos.” (Lar4_id8F) e “Olhe é assim, a gente depende do horário, não é, a gente entra às sete, vem ajudar aquela que faz a noite, se houver para lavar idosos, levantamos, damos os pequenos almoços, pronto, levá-los à casa de banho e essas coisas, comprimidos e tudo.” (Lar3_cd3F)]. Na subcategoria **cuidador aleatório**, seis pessoas idosas e três cuidadores, assinalaram que os cuidados de higiene pessoal são realizados apenas por cuidadores do género feminino e de modo aleatório, conforme os turnos de trabalho [e.g., “As senhoras é que cuidam das pessoas, das mulheres, das senhoras, mas têm, não sei se três ou quatro homens (idosos), mas também são elas (...) que cuidam também deles.” (Lar3_id5F) e “Não, eu hoje vou, não, não, eu hoje vou para um (idoso), não quer dizer que amanhã vá para o mesmo, posso ir para outro, não é.” (Lar4_cd4F)]. No entanto, duas pessoas idosas e um cuidador, da mesma instituição, referiram que os cuidados da higiene pessoal dos idosos são realizados sempre por **cuidadores do mesmo género** [e.g., “É o senhor... foi o senhor F. é que me dá os banhos e todos os dias me vestem de manhã e deitam-me à noite.” (Lar1_id1M) e “Homens com homens, homens com homens, porque homens com mulheres aqui não, não porque em termos de funcionamento da instituição isso não é permitido.” (Lar1_cd1M)]. De referir ainda que, dois cuidadores assinalaram que quando a pessoa idosa manifesta a vontade de ser cuidado por um cuidador do mesmo género, este desejo é respeitado, sobretudo sendo a pessoa idosa do género feminino [e.g., “Sim, sim, se eles manifestarem isso, porque senão, não. E nisto aqui é só mais as senhoras que reclamam, às vezes, os senhores... Que não querem que eles as ajudem a ir à casa de banho, prontos, tem mais na higiene e assim não... nós vamos sempre.(...) É respeitamos sempre. Os senhores, prontos, nem tanto eles tanto se lhes dá, não há problema nenhum.” (Lar2_cd2F)].

As **refeições** são, à semelhança dos cuidados de higiene, outra tarefa fundamental do cuidador, percecionada da mesma forma para cinco cuidadores e seis pessoas idosas [e.g., “Não elas lá fazem coitadas, elas lá fazem... a quem não pode comer pela mão elas lá dão o comer com aquela paciência, elas lá tudo...” (lar5_id10F) e “ajudar a dar à boca alguns que precisam também que lhe dar à boca, ir às sondas sou que que faço de manhã,

quando eu entro às sete, quando eu entro às nove, às vezes as colegas já lá se adiantam mais um bocadinho...” (Lar2_cd2F)].

Quanto às tarefas de **enfermagem**, cinco cuidadores e duas pessoas idosas assinalaram a existência de enfermeiros na instituição. No entanto, em treze referências é o **cuidador** que realiza muitas tarefas de **enfermagem**: auxiliar na medicação, acompanhar a pessoa idosa ao médico, ajudar na realização dos pensos e no controlo da glicemia e tensão arterial [e.g., “*na medicação, glicemias quando as enfermeiras não estão e assim, prontos (...) Sim, sim, sim nos curativos, também ajudo as enfermeiras.*” (Lar2_cd2F)]. Uma pessoa idosa referiu que a responsabilidade da distribuição da medicação está a cargo da **animadora**: “*faz, faz muitas coisas a animadora, faz a medicação, faz tudo, ela é que, é que se ocupa da medicação e tudo...*” (Lar5_id10F)].

Na subcategoria **animação cultural**, duas pessoas idosas e três cuidadores referiram que esta é uma tarefa da responsabilidade das animadoras [e.g., “*Eu gosto, como digo, gosto de jogar as cartas, gosto de jogar o dominó com, com as... com as, as com três que há... animadoras. Gosto de jogar com elas o dominó e com as outras...*” (Lar4_id7M), mas em dois cuidadores e uma pessoa idosa, esta tarefa é realizada pelo cuidador no intervalo das restantes tarefas [e.g., “*nós quando vamos à sala, e às vezes pronto... vamos mesmo de propósito na intenção de nos metermos um bocadinho com eles e eles sentirem que nós não estamos aqui só para fazer as limpezas e pra conversarmos um bocadinho...*” (Lar5_cd5F)].

A subcategoria **exercícios de memorização** apenas foi percecionada por três cuidadores. Estes exercícios acontecem de forma informal através dos diálogos que o cuidador mantém com idoso [e.g., “*E, às vezes, uma história que contaram aqui há uns tempos, eu, às vezes, vou buscar outra vez e voltamos... Também é um exercício de memória para eles. Histórias que contaram e eu vou buscá-las e depois a gente volta a falar nelas...*” (Lar1_cd1M)].

c) Atitudes

Na categoria **atitudes** descrevemos o contributo que os cuidadores oferecem, através da sua disposição e comportamento, como resposta às perdas identificadas nas pessoas idosas institucionalizadas. Nos dados obtidos junto dos nossos participantes emergiram as seguintes subcategorias: **alegria, apoio à família, companhia, confiança, diálogo, honestidade, profissão, recolhimento e vocação.**

QUADRO 24

Atitudes dos cuidadores

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.2.1.	Alegria 10 fontes (3 cd / 7 id) 25 unidades de registo (4 cd / 21 id)	Codifica os enunciados que refletem o estado de felicidade do cuidador na realização das suas tarefas e atividades.	<i>“Não, sabe porque, olhe vão sempre duas pessoas, não é, e são muito simpáticas, e são muito atenciosas e tudo isso, hee, não” (Lar3_id6F)</i>
7.2.2.	Apoio à família 4 fontes (3 cd / 1 id) 5 unidades de registo (4 cd / 1 id)	Agrega as verbalizações que indicam as atitudes assumidas na aproximação da família à pessoa idosa.	<i>“Disse-lhe quer-lhe dar os parabéns? Prontos, eu pegue no telemóvel e pô-la a falar com a filha deu-lhe os parabéns ficou toda contente. Eu faço isso, é eles aqui, não, porque eu faço. Eles estão à vontade...” (Lar_cd2F)</i>
7.2.3.	Companhia 5 fontes (3 cd / 2 id) 9 unidades de registo (6 cd / 3 id)	Integra as expressões que indicam que os cuidadores disponibilizam o seu tempo para estar junto das pessoas idosas.	<i>“Limpam a casa e estão sempre lá com a gente a falar e assim, a distraírem a gente (...)É a fazer companhia.” (Lar3_id5F)</i>
7.2.4.	Confiança 11 fontes (5 cd / 6 id) 38 unidades de registo (14 cd / 24 id)	Codifica as verbalizações que refletem que a pessoa idosa e cuidador têm confiança um no outro.	<i>“Vêm, às vezes, ali para a minha beira, estamos ali a conversar um bocado, mas na vida às vezes digo o que passava lá, entretia-me por lá com alguns companheiros e tudo isso... às vezes digo-lhes essas coisas.” (Lar4_id7M)</i>
7.1.5.	Diálogo 12 fontes (5 cd / 7 id) 68 unidades de registo (50 cd / 18 id)	Agrega as referências que descrevem a atitude de diálogo entre cuidador e pessoa idosa.	<i>“Falar com eles, apoiá-los em tudo, gosto de falar com eles.” (Lar2_cd2F)</i>

7.1.6.	Honestidade 4 fontes (1 cd / 3 id) 6 unidades de registo (2 cd / 4 id)	Integra as unidades de registo que descrevem a relação cordial e verdadeira entre cuidador e pessoa idosa.	“Não, não, não, não... acho que elas fazem as coisas e não estão à espera de nada.” (Lar3_id6F)
7.1.8.	Recolhimento 7 fontes (3 cd / 4 id) 16 unidades de registo (8 cd / 8 id)	Integra as unidade de registo que indicam a atitude de respeito pelo recolhimento e silêncio da pessoa idosa.	“Vou, vou, vou ao quarto agora no fim do almoço e estou lá até as três e meia. (...) A dormir e acordada, se me apetecer acender um bocadinho a televisão acendo senão vou lá para o guarda fatos.” (lar2_id4F)
7.1.9.	Vocação 9 fontes (5 cd / 4 id) 18 unidades de registo (13 cd / 5 id)	Agrega as referências que evidenciam que o cuidador exerce a sua profissão como uma vocação.	“Não, não já passei essa fase não, não vou fazer porque este é o meu trabalho! Não. Já passei essa fase, já a ultrapassei. E vou fazer porque é o meu trabalho sim, mas olho para ele sinto necessidade de o ajudar.” (Lar1_cd1M)

Os nossos dados fizeram emergir as subcategorias: **alegria, confiança, diálogo e vocação** como as atitudes que receberam maior número de fontes e de unidades de registo. O **diálogo** foi percecionado, por sete pessoas idosas, como a oportunidade para os idosos partilharem alguns acontecimentos da sua vida [e.g., “Gostam de ouvir coisas antigas e tudo e assim como a gente passava o tempo passado. Muitas conversam ali com elas, e conversamos falamos.” (Lar4_id8F)] criando um espírito de **confiança**, em seis pessoas idosas, [e.g., “Mas houve bastante dificuldade só que eu tive muita sorte com a diretora do lar, que é de facto uma pessoa extraordinária, muitíssimo bem formada moralmente e com quem eu tive logo uma empatia muito grande, com quem eu comecei e dar-me muito bem e hoje somos, pronto, de facto muito amigas. Heee... ela se tem que dizer alguma coisa heee... vai desabafar, vem dizer. Mesmo, tanto da sua vida aqui no lar, profissional, como na sua vida pessoal, de maneira que isso colmatou muito o que eu sentiria, portanto, a falta de pessoas com quem eu pudesse de facto identificar-me.” (Lar3_id6F)] e a perceção da **atitude** de **alegria**, para sete pessoas idosas, na tarefa de cuidar realizada pelo cuidador [e.g., “Não, não, não fazem. Fazem com agrado, sim senhora. Eu para mim, os outros não sei, mas para mim todos com agrado. Não tenho que

reclamar nada, nada, são. E sou eu e os outros são na mesma.” Lar3_id5F)]. A atitude de disponibilidade do cuidador, para fazer **companhia** ao idoso em momentos mais dolorosos, foi referida por duas pessoas idosas [e.g., *“E, então, ela quando viu que eu estava mesmo a precisar de desabafar ela, então, vi mesmo no ar dela como quem diz pronto tenho mesmo de ficar. E ficou e eu então disse para ali umas coisas”* (Lar3_id6F)]. Para três pessoas idosas o cuidador exerce a sua missão com **honestidade**, uma vez que recusa que as pessoas idosas retribuam financeiramente o seu trabalho: *“Não, não, não, não... acho que elas fazem as coisas e não estão à espera de nada.”* (Lar3_id6F).

Estas atitudes são vividas, na perspetiva de quatro pessoas idosas, porque os cuidadores assumem a tarefa de cuidar como uma **vocação**: *“Não, não, elas fazem tudo por, por... não é por interesse, é por... gostam de fazer o trabalho delas, pronto.”* (lar4_id7M).

Na subcategoria **recolhimento**, quatro pessoas idosas e três cuidadores assinalaram que o lar permite que as pessoas idosas escolham outros espaços isolados e de silêncio para que possam realizar as suas atividades com liberdade [e.g., *“Os espaços que mais gosto de frequentar é o meu quarto... rezo lá o terço muita vez, todos os dias mais o meu marido em família, faço de contas que estou em família e em minha casa. Todos os dias o rezamos à noite e todos os dias o rezamos no meu quarto”* (Lar1_id2F) e *“Alguns vão para os quartos porque há anos... temos um senhor que tem cadeiras de rodas vai para o quarto, claro tocar violino”* (Lar3_cd3F)].

Na perspetiva de todos os cuidadores, e de modo bastante expressivo, consideramos que durante os cuidados prestados à pessoa idosa se procura estabelecer uma atitude de **diálogo**. Estes momentos de **diálogo**, provocados pela iniciativa do cuidador e realizados num espaço de intimidade são, por um lado, uma oportunidade para a partilha das dores, anseios e dificuldades experimentadas pela pessoa idosa [e.g., *“e é... complicado, às vezes sabermos que eles estão aqui e não querem estar, temos aquela... mas falamos com eles e alguns tem que perceber que por mais que quisessem outra coisa tinha que ser assim não é. Temos que lhes explicar e temos que apoiá-los um bocado e dar, a nossa opinião não é... porque é assim, eles podem estar bem em casa, mas se calhar estão aqui melhores connosco porque tem pessoas 24 horas a olharem por eles”* (Lar4_cd4F)] e, por outro, a

tentativa de resolução de alguma incompreensão quanto ao modo de cuidar [e.g., “*A gente dá, eu dou, a gente dá-lhe a volta, olhe que tem que tomar banhinho porque senão depois cheira mal e sabe como é, a gente explica sempre e eles acabam por aceitar.*” (Lar2_cd2F)]. Nesta linha, cinco cuidadores referiram que cuidar da pessoa idosa exige a conquista do outro, através de um ambiente de **confiança** que se estabelece entre o que cuida e o que é cuidado [e.g., “*Por exemplo, eu por norma no inicio, vem um utente novo, eu vou fazendo as coisas e vou a passo e passo, que é para eu... eu tenho por norma, a minha norma de funcionar é assim. Eu tenho que lhe ganhar confiança, se ele tiver confiança em mim, tem um amigo para a vida, porque é assim, nós temos... eu costumo dizer em jeito de brincadeira, eu tenho que o aturar a ele e ele tem que me aturar a mim. E se nós funcionamos ali os dois vai ser muito bom,*” (Lar1_cd1M)]. Em três cuidadores, percecionamos ainda que a **alegria**, impressa no modo como se cuida, favorece o **diálogo** e a **confiança** com a pessoa idosa [e.g., “*A gente, quando os vê mais tristes a gente tenta os animar, é. Nós também não somos assim, raparigas muito para baixo, andamos sempre alegres, eles já ficam bem animados (risos) (...) É eles já ficam bem dispostos.*” (Lar3_cd3F)] e que, nas suas muitas tarefas, conseguem disponibilizar algum tempo na **companhia** das pessoas idosas [e.g., “*tudo reclama A. A. e eu, às vezes, sempre que tenho também me sento um bocadinho ao pé deles. E eles, às vezes dizem assim: “olhe, sente-se aqui um bocadinho ao pé de”. E eu sento e falo, sento-me com eles e falo, prontos.*” (Lar2_cd2F)].

Os cuidadores no seu discurso, três refletiram que a instituição e cuidadores assumem uma atitude de **apoio à família** do idoso, integrando-a nas atividades do lar ou facilitando a comunicação das pessoas idosas com os seus familiares [e.g., “*Sim, por exemplo, ainda agora no S. João eram convidados os familiares deles, se eles quisessem ir, então é uma maneira de eles de vez em quando, nessas festas, se sentirem ainda mais em casa (...)*” (Lar4_cd4F)].

Por fim, nas entrevistas dos cuidadores, percecionou-se que todos os cuidadores exercem a sua profissão por **vocação** [e.g., “*Eu gosto muito de trabalhar aqui, eu gosto... pronto, já fiz esta parte de dentro e agora estou mais no apoio domiciliário, prontos eu*”

agora diariamente é mais no apoio domiciliário. Mas eu gosto mesmo de trabalhar com idosos acho que neste momento não me via a trabalhar noutra sitio.” (Lar5_cd5F)].

Em síntese, nos dados recolhidos dos nossos participantes identificámos que as subcategorias **alegria** (16 unidades de registo), **confiança** (cinco unidades de registo), **diálogo** (oito unidades de registo), e **vocação** (cinco unidades de registo) são assumidas e vividas como atitudes dos **cuidadores** diretos e, em seis unidades de registo, percebemos que a **diretora técnica** assume uma atitude de **confiança** (duas unidades de registo) e de **diálogo** (quatro unidades de registo) para com as pessoas idosas.

d) Espaços

Relativamente aos espaços que o lar de idosos oferece aos idosos como resposta à suas perdas, emergiram dos nossos dados as seguintes subcategorias: **capela, sala de fisioterapia, quartos e sala de convívio.**

QUADRO 25

Espaços disponibilizados pelo lar de idoso

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.4.1.	Capela 8 fontes (3 cd / 5 id) 20 unidades de registo (5 cd / 15 id)	Codifica os enunciados que indicam a existência da capela no lar de idosos.	“É e aqui tenho a capela também” (Lar2_id4F)
7.4.2.	Sala de Fisioterapia 2 fontes (2 cd) 3 unidades de registo	Agrega as referências que indicam a existência de uma sala de fisioterapia no lar de idosos.	“Sim, sim têm, temos idosos que andam lá a fazer fisioterapia” (Lar2_cd2F)
7.4.3.	Quartos 12 fontes (4 cd / 8 id) 34 unidades de registo (15 cd / 19 id)	Integra as verbalizações que aludem à existência dos quartos no lar de idosos.	“Está aí uma funcionária (idosa) e dorme no meu quarto e somos colegas de quarto...” (Lar5_id10F)
7.4.4.	Sala de Convívio 14 fontes (5 cd / 9 id) 31 unidades de registo (10 cd / 21 id)	Codifica as unidades de registo que indicam o espaço de uma sala de convívio onde se reúnem as pessoas idosas.	“venho depois para cima um bocadinho para a sala” (Lar3_id6F)

No que respeita aos espaços, a subcategoria **capela** emergiu nas entrevistas de três idosos e cinco cuidadores como um espaço disponibilizado pelo lar, onde a pessoa idosa pode rezar [e.g., “*E temos a missa todos os oito dias (...) Na capela. Vão, vão. Vão lá quem quiser e quem puder lá ir.*” (Lar2_id3M) e “*a capela, muitos deles gostam de ir para a capela*” (Mar1_cd1M)]. Dois cuidadores assinalaram a existência de uma **sala de fisioterapia** no lar: “*Têm a fisioterapia (sala), a fisioterapia que é essencial para eles*” (Lar1_cd1M). A **sala de convívio** foi percebida em todas as instituições dos nossos participantes [e.g., “*venho para ali, pro pé delas, estou ali um bocado as jogar as cartas ou a pintar e estamos ali todos na salinha em baixo*” (Lar4_id8F)]. Quanto aos **quartos**, quatro cuidadores e oito pessoas idosas, assinalaram que as pessoas idosas gostam de estar no seu quarto, utilizam-no quando querem e partilham-no com outra pessoa [e.g., “*Têm liberdade, sim, sim, sim se querem ir para o quarto vão*” (Lar2_cd2F) e “*Estamos no quarto os dois, não é, pronto viemos então para aqui. Ele agora está ali empregadinho na cama, já está quase há um ano na caminha*” (Lar4_id8F)]. Apenas uma pessoa idosa referiu que habita num quarto sozinha [e.g., “*estou num quarto sozinha, tenho a casa de banho sozinha que é o que eu pedia, dizia sempre ai meu Deus isso só se a desgraça fosse muito grande, portanto tenho o meu quarto, a minha casa de banho, os meus livros, o meu, meu croché, pronto tinha isso tudo.*” (Lar3_id6F)].

Q5 – QUAIS AS DIFICULDADES SENTIDAS PELO CUIDADOR, A AVALIAÇÃO QUE FAZ DAS MESMAS, COMO AS PARTILHA COM OS SEUS PARES E QUAL A FORMAÇÃO ADQUIRIDA?

Relativamente a esta questão, emergiram dos nossos dados as seguintes categorias: **avaliação das tarefas, formação e partilha entre cuidadores.**

a) avaliação das tarefas

No que respeita à avaliação que o cuidador faz das suas tarefas percebemos as seguintes subcategorias: **difícil e fácil.**

QUADRO 26

Avaliação das tarefas realizadas pelo cuidador

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.3.1.	Difícil 5 fontes (4 cd) 11 unidades de registo (11 cd)	Agrega as verbalizações que indicam as tarefas com mais dificuldade realizadas pelo cuidador.	<i>“Se calhar fazer os pensos, temos às vezes senhoras que têm pés em estado mais...”</i> (Lar4_cd4F)
7.3.2.	Fácil 5 fontes (5 cd) 7 unidades de registo (7 cd)	Codifica as unidades de registo que aludem as tarefas mais agradáveis realizadas pelo cuidador.	<i>“Eu gosto muito de conviver com eles, eu gosto muito de interagir com eles... conversar”</i> (Lar5_cd5F)

Na subcategoria **difícil**, quatro cuidadores assinalaram como dificuldade o facto de terem que lidar com a dor física da pessoa idosa [e.g., *“Quando eles estão... com muitas dificuldades em termos de dores e eu não lhes posso valer...”* (Lar1_cd1M)]. Na exploração dos nossos dados, pelo cruzamento da subcategoria **difícil** com a categoria **experiências negativas**, verificámos que, em sete unidades de registo, os cuidadores refletiram na dificuldade de lidar com o **sofrimento** [e.g., *“(...) custa-me depois vê-los a sofrer. Porque, depois, é assim é a idade uma pessoa ser idosa já é um sofrimento, já perde muitas capacidades, e depois juntar a isso mais feridas, doenças graves...”* (Lar1_cd1M)] e, em três unidades de registo, surgiram dificuldades na **adaptação do cuidador** às pessoas idosas [e.g., *“Sim, eu no início que entrei aqui tinha, não tinha assim muita coragem, não estava habituada, prontos”* (Lar2_cd2F)] e na vivência do **luto** na morte daquele que cuidam [e.g., *“Sim, por se apegar e há aqueles que nos tocam muito mais, outros dependendo da, das conversas e essa fase (fim de vida) custa muito”* (Lar5_cd5F)].

Quanto às tarefas que o cuidador realiza com prazer e categorizadas na subcategoria **fácil**, os cuidadores assinalaram que gostam de cuidar da higiene e da alimentação, de conversar e da interação com os idosos institucionalizados [e.g., *“Eu gosto mais é de cuidar deles de mais... é tudo desde vestir à higiene, é. Gosto.”* (Lar3_cd3F)].

b) formação

Na formação dos cuidadores foram percebidas as seguintes subcategorias: **ausência de formação ética e deontológica, ausência de formação técnica e existência de formação técnica.**

QUADRO 27

Formação oferecida no lar de idosos

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.5.1.1	Ausência de formação ética e deontológica 4 fontes (3 cd / 1 id) 7 unidades de registo (6 cd / 1 id)	Codifica as unidades de registo que indicam a ausência de formação ética e deontológica.	<i>“Sim, sim, sim diferente... porque hoje em dia, estamos assim... a juventude (cuidadores mais novos), prontos, não tem... acho que os idosos põem-se assim mais de parte, mais... acham que um idoso não interessa para eles... (Lar2_cd2F)</i>
7.5.1.2.	Ausência de formação técnica 3 fontes (3 cd) 7 unidades de registo	Codifica as unidades de registo que indicam a ausência de formação técnica.	<i>“Se calhar mais formações (...) Formações na área da higiene, prontos na maneira de tratar nas sondas e assim” (Lar5_cd5F).</i>
7.5.2.1.	Existência de formação técnica 4 fontes (4cd) 9 unidades de registo	Agrega os enunciados que indicam a existência de formação técnica.	<i>“Já tivemos, já, já... como se vira um idoso, já... eu, eu... pronto, eu quando tive além tive, é. Pois claro eu vou passando às outras colegas, não é, mas eu tive como se vira, as posições, depois entretanto também nos vai dando...” (Lar3_cd3F)</i>

No que respeita à formação que os lares oferecem aos cuidadores percebemos, em três cuidadores, a **ausência de formação ética e deontológica** e, por isso, a dificuldade para lidar ou responder a algumas questões éticas e humanas colocadas pelas pessoas idosas [e.g., *“Porque, às vezes, nós não sabemos como devemos de agir e de dizer, não é, às vezes eles fazem, eles falam as coisas e a gente nem sabe o que é que há de responder,*

não é, às vezes. Eu acho que se às vezes tivéssemos formação para isso eles às vezes dizem-nos cada coisa que nós não estávamos preparadas logo para responder.” (Lar4_cd4F)]. Neste contexto, uma pessoa idosa referiu a necessidade de os cuidadores possuírem formação moral (ética): “sei lá mais que seria preciso... pronto... carinho, amizade, e acho que... e foi como digo formação moral é... que acho que é o principal.” (Lar3_id6F)].

Na subcategoria **ausência de formação técnica**, três cuidadores refletiram que gostariam de possuir melhor formação técnica, sobretudo na área da gerontologia [e.g., “Técnicas, se calhar de, para levantá-los, porque se calhar nós estamos a nos prejudicar a nós e estamos a magoá-los a eles e isso se calhar não era necessário. Esse tipo de coisas, acho que havíamos de ter mais, mas eu também não culpo a instituição, porque às vezes nem sempre dá para fazer esse tipo de coisas. (Lar4_cd4F)].

Quanto à **existência de formação técnica**, quatro cuidadores referiram que já realizaram alguma formação nas áreas dos primeiros socorros, higiene e saúde [e.g., “É assim, nós tivemos formação em termos... no trabalho tivemos uma formação, eu tive lá em baixo de primeiros socorros. Algumas colegas nossas foram, porque nem sempre dá para nós irmos todas, porque nós trabalhamos por turnos, vão umas e as outras não podem ir.” (Lar4_cd4F)].

c) partilha entre cuidadores

Na partilha das dificuldades, tarefas e saberes entre cuidadores foram categorizadas as seguintes subcategorias: **aprendizagem, formal e informal**.

QUADRO 28

Partilha das dificuldades e tarefas entre cuidadores

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
7.2.7.1.	Aprendizagem 5 fontes (5 cd) 20 unidades de registo	Agrega as verbalizações que aludem que os cuidadores realizam uma aprendizagem na troca de experiências com os seus pares.	“também como sou encarregada geral eles procuram sempre também: “olhe o que é que devo fazer?” e eu dou sempre a opinião para que... e depois acaba tudo por

			<i>ficar bem.” (Lar2_cd2F)</i>
7.2.7.2.	Formal 5 fontes (4 cd / 1 id) 10 unidades de registo (8 cd / 2 id)	Codifica as unidades de registo que indicam o modo formal como o cuidador partilha a informação com outro cuidador (registo de ocorrência, reuniões...).	<i>“Falamos, falamos. Por si só já existe um registo que passa tudo o que é mais importante de turno para turno” (Lar1_cd1M)</i>
7.2.7.3.	Informal 8 fontes (5 cd / 3 id) 23 unidades de registo (21 cd / 2 id)	Codifica as unidade de registo que indicam o modo informal como o cuidador partilha a informação de cuidador para cuidador (no corredor, no vestuário...).	<i>“e por exemplo eu mudei a fralda a esta, ai que eu mudei a fralda a esta senhora e aconteceu-me isto e isto e isto e falamos e vamos partilhando as coisas assim aos poucos” (Lar4_cd4F)</i>

Relativamente à partilha de informação entre cuidadores, todos os cuidadores e quatro pessoas idosas, refletiram que esta partilha acontece diariamente, quer por via **formal**, utilizando os registos de ocorrência ou reuniões que se realizam na mudança de turnos [e.g., “É, sim, um livro de registo e a gente escreve e se houver alguma alteração a gente escreve e passamos, é. E durante o dia se houver alguma coisa quem entra às quatro também passamos a informação do que aconteceu durante o dia ou para ser vigiado mais vezes, nós passamos, temos o livro, registamos é.” (Lar3_cd3F)] quer de modo **informal**, através dos diálogos realizados entre cuidadores [e.g., “e depois a gente conversa na mudança de turno, no vestiário a gente, olha que é assim, olha que... a gente, às vezes pode-se esquecer alguma coisa, a gente liga e comunica-se, olha que...” (Lar2_cd2F)]. Para os nossos cuidadores, esta partilha, permite uma constante **aprendizagem** entre os seus pares colmatando, em algumas situações, a falta de formação dos cuidadores [e.g., “Sim até porque quando entra alguém novo nós tentamos sempre mostrar como é que fazemos e como é que achamos que é a melhor maneira e prontos e pomo-las à vontade para se tiverem algum problema ou se tiverem alguma dúvida ou precisarem de qualquer tipo de ajuda que venham ter com as mais antigas e nós tentamos... (Lar5_cd5F)].

V – Discussão de resultados

Na discussão dos nossos resultados, assumimos como pano de fundo o objetivo geral da nossa investigação, que pretende articular o cuidado integral da pessoa idosa com a Pastoral da Saúde e a ética do cuidar; a triangulação do *Estudo 1* com o *Estudo 2* e a quarta questão central de investigação: *Como é assumido e vivido o cuidado integral da pessoa idosa institucionalizada?*

Na discussão dos resultados seguimos a ordem das questões centrais de investigação e criamos subtítulos que nos auxiliam na articulação dos dois estudos.

No sentido, de facilitar a leitura da nossa discussão, relembramos os objetivos definidos para os respetivos estudos:

Estudo 1

- Caracterizar institucionalmente os lares de idosos quanto ao número, natureza jurídica e distribuição geográfica;
- Caracterizar as pessoas idosas institucionalizadas quanto ao número, género e idade;
- Caracterizar os serviços, as atividades desenvolvidas e a sua frequência;
- Caracterizar o perfil profissional dos cuidadores (diretores técnicos, cuidadores técnicos e cuidadores) e a formação contínua promovida pelos de idosos;
- Caracterizar a assistência religiosa.

Estudo 2

- Identificar as perdas físicas, lúdico-culturais, sócio-emocionais e espirituais manifestadas pelas pessoas idosas;
- Conhecer o contexto espacial e relacional das perdas culturais, emocionais e espirituais da pessoa idosa, na perspetiva da pessoa idosa e do cuidador;
- Caracterizar a vivência institucional das pessoas idosas na perspetiva do cuidador e na perspetiva da pessoa idosa;

- Caracterizar, na perspetiva do cuidador e da pessoa idosa, as atividades, atitudes e tarefas dos cuidadores e instituição na resposta às perdas identificadas e à caracterização da vivência institucional;
- Identificar as dificuldades sentidas pelo cuidador, na sua missão de cuidar e a avaliação que faz das mesmas e descrever a formação adquirida.

Assim, analisaremos de seguida, detalhadamente, os dados obtidos respondendo de forma fundamentada e articulada às questões centrais de investigação.

1) Como se caracterizam os lares de idosos da Diocese de Lamego relativamente ao número, natureza jurídica, número de pessoas idosas acolhidas, número e formação dos cuidadores, atividades desenvolvidas e caracterização da assistência religiosa?

A resposta a esta questão bebe essencialmente da análise dos resultados realizada pelo *Estudo 1*. Contudo, iremos ainda articular com a informação pertinente e emergente do *Estudo 2*.

i) Características dos lares e das pessoas idosas institucionalizadas

Relativamente às características institucionais dos lares de idosos, existentes na Diocese de Lamego, confirmamos a existência predominante de instituições caracterizadas como IPSS, isto é, instituições de iniciativa particular sem fins lucrativos. Estas instituições possuem protocolos de contratualização com a Segurança Social, o que lhes permite a sua sustentação económica.

A Diocese de Lamego é uma Diocese do interior do país, essencialmente rural, onde o sector primário e terciário são a única fonte de rendimento das suas gentes, a viver um aumento das taxas de desemprego e de envelhecimento superiores às taxas nacionais. Esta condição económico social justifica a elevada percentagem de IPSS em relação às entidades privadas e à existência, quase permanente, de vagas em instituições privadas ou

equiparadas. Salientamos que 60,7% destas instituições são de ereção canónica, sendo que 17 (30,3%) são Centros Paroquiais, instituições administradas pelas paróquias onde estão edificadas.

A Diocese possui uma boa rede de apoios sociais, comprovada pelo número de instituições com a valência de lar de idosos, indo ao encontro da assimetria existente no Continente, os concelhos do interior do país apresentam maior cobertura que os concelhos do litoral (MSESS, 2015). Apesar de um acentuado número de lares de idosos, na nossa Diocese, estes não são suficientes para as necessidades de muitas das nossas gentes a viverem em situações de isolamento e de dependência, à mercê da caridade e generosidade dos seus vizinhos, também estes idosos e dependentes. Isto, porque muitas das pessoas idosas assistem à saída vertiginosa dos seus filhos (cf. Censos 2011) “*por terras e mares nunca dantes navegados*”, na expressão do poeta Camões. Por outro lado, reconhecemos que a distribuição destas instituições, não segue o critério de justiça equitativa. Alguns arciprestados (e.g., Moimenta da Beira, Tabuaço e Sernancelhe com 15 lares) possuem manifestamente mais lares de idosos do que o Arciprestado de Castro Daire - Vila Nova de Paiva e o arciprestado de Lamego, com apenas cinco lares, respetivamente. Esta constatação torna-se mais representativa se o fizermos por concelhos. Ainda que estes últimos possam ser lares com uma maior capacidade de acolhimento, não favorecem a dinâmica da proximidade às terras de origem dos seus idosos, nem a criação de um ambiente familiar, independentemente da qualidade dos seus cuidadores.

As autoras Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), entre as várias características para uma boa qualidade dos lares, salientam a segurança e o facto de não serem demasiados grandes. Por sua vez, Gineste e Pellissier (2008), reforçam que continuamos a permitir os erros do passado, como a construção de lares de idosos com mais de quarenta lugares. Contrariamente a este sentir, a Portaria nº 67/2012 permite a construção de lares de idosos até 120 lugares. Na nossa Diocese existem 16 instituições com capacidade para 41 a 60 lugares e oito entre os 61 e os 90 lugares de acolhimento. A construção de lares mais pequenos e geograficamente melhores distribuídos permitiria uma equitativa oportunidade de escolha às pessoas idosas, a viverem em zonas mais isoladas ou desfavorecidas e numa proximidade à terra que os viu nascer.

Quanto às características das pessoas idosas institucionalizadas, a nossa investigação, revelou a tendência encontrada noutros estudos (cf. Almeida 2008, Jacob, 2012 e MSESS, 2015), uma percentagem elevada de pessoas idosas enquadradas na quarta idade (86,3%) e, destes, mais de 46,2% com idades superior a 85 anos, tornando os lares numa comunidade de idosos muito idosos e dependente. Na mesma linha, encontramos uma clara maioria do género feminino com uma presença de 68,7% das pessoas idosas institucionalizadas, justificada por razões demográficas e reflexo de uma maior esperança de vida.

Os lares de idosos não são a resposta mais importante e significativa no apoio às pessoas idosas da Diocese. As instituições com lares de idosos da Diocese de Lamego têm uma capacidade para acolher 2 206 pessoas idosas para um universo de 31 301 habitantes com 65 ou mais anos (Censos 2011). Confirmamos, assim, que 7,04% dos nossos idosos vivem em lares de idosos, os restantes são acolhidos pelas suas famílias ou pelos apoios sociais de Centro de Dia e do SAD.

Os Censos de 2011 referem que há um aumento de famílias unipessoais com 65 ou mais anos de idade, assim como, o aumento da percentagem de alojamentos de famílias habitadas por uma pessoa idosa (65 ou mais anos de idade). Nos 14 concelhos que compõem a Diocese de Lamego existem 7 102 famílias clássicas unipessoais com 65 ou mais anos de idade (Censos de 2011), salientando, o mesmo Censos, que no concelho de Mêda, 19,6% dos alojamentos familiares são ocupados com uma pessoa com 65 ou mais anos. Por outro lado, a operação Censos Sénior 2015, realizada entre 1 de abril a 30 de abril de 2015, pela Guarda Nacional Republicana, numa campanha de segurança direcionada aos idosos que vivem sozinhos e/ou isolados, assinalou os distritos da Guarda e de Viseu como distritos com um maior número de sinalizações com 3 236 e 3 755 pessoas idosas sinalizadas, respetivamente. Estes são números em crescimento e que merecem da nossa parte um olhar atento.

As instituições de solidariedade social, através das suas valências, são a resposta necessária ao apoio e acolhimento de muitos dos nossos idosos. Na Diocese de Lamego este deve ser um campo prioritário, sem se cair no risco de ser a única preocupação da sua

ação pastoral. A sociedade civil, a Igreja e as diversas instituições deverão unir esforços, promovendo um acompanhamento junto das pessoas idosas mais vulneráveis (doentes, isolados ou sem retaguarda familiar). Os lares, surgem neste contexto, como uma opção válida que podem dignificar o fim de vida de algumas pessoas idosas. Se esta constatação nos deixa alguma tranquilidade, ela também nos deixa alguma preocupação. Cuidar não se reduz apenas a contabilizar o número de pessoas, sinalizar casos ou institucionalizar idosos. A preocupação pelo outro deve ser assumido como um *cuidar de*, ajudando a desenvolver dinâmicas e projetos, sustentáveis, de apoio às famílias e às comunidades envelhecidas e/ou isoladas.

ii) Características dos cuidadores

No que respeita aos diretores técnicos, o *Estudo 1* confirmou a presença deste quadro técnico na globalidade das instituições, conforme a legislação da Portaria nº 67/2012, artº 11, mesmo nos lares onde existe um número reduzido de pessoas idosas (menos de 20 pessoas idosas). Há manifestamente uma predominância do género feminino e de uma formação académica na área da Ação Social e Psicologia. Talvez porque estas áreas de formação humana e social estão tendencialmente vocacionadas para as mulheres. Os diretores técnicos, ainda que possam ter alguma formação em gerontologia, não possuem uma formação básica em gerontologia. Esta constatação comprova que os programas de Gerontologia são recentes em Portugal e ainda estão numa fase de consolidação da sua identidade profissional (Pereira & Pimentel, 2012), mas serão um contributo importante e necessário para que possa existir um acompanhamento mais específico e especializado junto das pessoas idosas institucionalizadas, promovendo a interdisciplinaridade e o cuidado integral.

A estabilidade na dinamização e programação das atividades dos lares, assim como na relação com as pessoas idosas, constrói-se através da continuidade dos seus cuidadores. Os diretores técnicos das instituições da nossa Diocese, na sua maioria, possuem contrato de trabalho sem termo certo, um dos aspetos que consideramos positivos e que contribuiu para a confiança que se estabelece entre a instituição e o diretor técnico, e para a relação de

proximidade entre pessoas idosas e diretores das instituições. Algumas pessoas idosas perceberam que, o diretor técnico assume, por vezes, um papel de colaboração em algumas atividades, enquanto que outros vêem-no como um árbitro ou um mediador em situações de conflito interno ou mesmo como alguém que os ajudou na sua integração institucional (Rodrigues, 2001).

Ao diretor técnico compete a sensibilização dos cuidadores para a problemática da pessoa idosa⁴⁹, assim como uma sensibilidade apurada para as questões bioéticas (Prat Puigdemolas, 2008), responsabilidades necessárias e que, na nossa investigação, não foram afloradas nem pelos cuidadores, nem pelas pessoas idosas. Consideramos que este é um campo a exigir alguma reflexão e formação, na tentativa de valorizar o papel e a presença do diretor técnico na instituição, que vai muito além das meras questões burocráticas e administrativas, tais como: gestão de horários, admissão de idosos e recursos humanos.

Quanto aos cuidadores técnicos reforçamos pela positiva a presença de um número razoável de animadoras sociais. Esta presença justifica a valorização de algumas atividades culturais e lúdicas realizadas na generalidade das instituições, assinalando alguns momentos importantes: festas populares, Páscoa, Natal, aniversário da instituição...

As nossas instituições assinalaram a ausência de nutricionistas, à semelhança dos auxiliares de geriatria, confirmando que a questão da alimentação não é prioritária, como o são os cuidados de saúde. Embora tenhamos encontrado apenas duas referências, no *Estudo 2*, quanto à qualidade das refeições nos lares, Guedes (2007) refere que algumas pessoas idosas questionam a alimentação nas suas instituições. Reconhecemos que as instituições estudadas terão alguma dificuldade a integrar todos os recursos humanos e técnicos necessários e que favoreçam a partilha de experiências, o cuidado integral e a qualidade de vida dos nossos idosos. No entanto, uma partilha interinstitucional de alguns recursos humanos (nutricionistas, fisioterapeutas, gerontólogos...) uniformizaria a qualidade no cuidar das pessoas idosas e criaria laços de proximidade com as instituições edificadas na mesma freguesia ou no mesmo concelho.

⁴⁹ Cf. Portaria 67/2012 artº 11, do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Os cuidadores diretos ocupam a grande parte dos recursos humanos disponibilizados pelos lares e confirmam que este trabalho é realizado essencialmente por pessoas do género feminino (Barenys, 1992). Os ajudantes da ação direta são, entre os cuidadores diretos, o grupo com maior número de representantes. A nossa investigação evidenciou que os cuidadores diretos exercem a sua função muito próxima das pessoas idosas e bastante diversificada: limpeza dos espaços, manutenção da instituição, vigilância noturna, animação cultural, higiene pessoal dos idosos, auxiliares de enfermagem, distribuição da refeição e apoio ao domicílio. Esta diversidade de tarefas, realizadas pelo mesmo cuidador, aumenta os níveis de trabalho, dificultando a criação de laços entre cuidador e pessoa idosa. O cuidador é mais um generalista do que um especialista na arte de cuidar. A sua responsabilidade fica reduzida à prestação da higiene, limpeza e refeição dos idosos, promovendo-se uma relação mais técnica do que humana. O facto de realizarem várias tarefas durante o dia, leva a que os cuidadores reconheçam como aspeto negativo, da sua função, o excesso de trabalho, e como razão para a ausência de diálogo prolongado com os idosos. Por seu lado, as pessoas idosas, reforçam que o excesso de trabalho dos cuidadores leva a que lhes seja prestada pouca atenção [e.g., “*depois... elas não podem estar muito tempo a falar connosco*” (Lar5_id10F)].

Os cuidadores diretos não possuem formação específica para a função que realizam, apenas a formação escolar do ensino básico e secundário. Os cuidadores reconhecem, no *Estudo 2*, que a formação técnica que a instituição lhes oferece é insuficiente para o tipo de cuidados que são obrigados a realizar. Embora pelo *Estudo 1* as instituições promovam ações de formação contínua, a suas temáticas não apresentam uma preocupação pelo cuidado integral da pessoa idosa. Revela-se uma notória ausência de formação em áreas nevrálgicas como: questões bioéticas e deontológicas, psicologia, ação social e espiritualidade. E insiste-se em temáticas como: a segurança e higiene no trabalho, primeiros socorros, cuidados de saúde e gerontologia (higiene da pessoa idosa, posicionamento dos idosos e o papel do cuidado formal com doentes de Alzheimer).

Esta ausência de formação leva a que o cuidador direto sinta dificuldades de adaptação na tarefa de cuidar da pessoa idosa, sendo colmatada com a troca de experiências, ainda que de modo informal, entre cuidadores diretos.

Uma releitura do quadro 8.1 permite-nos verificar que uma percentagem de cuidadores diretos (36,2%) possuem contratos de trabalho temporário. As instituições recorrem, com regularidade, a programas de incentivo ao emprego e a estágios profissionais para admissão dos seus recursos humanos. Estas pessoas assumem, normalmente, a função de cuidadores diretos, com ordenados ao nível do ordenado mínimo nacional. Tornam-se, por isso, um grupo bastante fragilizado, que facilmente se desmotiva, sem o devido reconhecimento social e com consequência direta na qualidade do cuidado (Guedes, 2007). As relações emocionais e afetivas entre cuidador e pessoa idosa requerem algum tempo, para que se crie uma plataforma de confiança entre os dois atores. As constantes mutações de cuidador, realizadas no momento em que o cuidador e pessoa idosa se ambientaram um ao outro, leva a que se criem constantes barreiras de relação entre a pessoa idosa e cuidador [e.g., “...só agora para ai há duas ou três semanas é que ela começou a falar mais comigo e eu hoje... por exemplo disse-me: - ‘ai então agora que já está a habituar, vai-se embora!’ ” (Lar4_cd4F)]. Reconhecemos que uma maior colação dos cuidadores à instituição, criaria estabilidade e melhoraria os cuidados prestados às pessoas idosas. No entanto, este será um caminho difícil de trilhar, uma vez que as instituições vivem dependentes dos acordos económicos com a segurança social, não lhes sendo possível, por questões de sustentabilidade, aumentar os seus quadros técnicos e oferecerem-lhes melhores salários.

iii) Características dos serviços e das atividades

Relativamente aos serviços disponibilizados pelos lares de idosos, os nossos dados demonstram que os lares de idosos estão preocupados com os cuidados de saúde, uma vez que é apontada a existência de enfermeiros e médicos na generalidade das nossas instituições, perspetivando a conceção de que os lares são espaço de cura. No entanto, merece a nossa reflexão a ausência de alguns serviços, assim como o modo como são oferecidos outros, que consideramos vitais para a vivência integral da pessoa idosa.

Costa (2005) considera que 54,6% das pessoas idosas institucionalizadas apresentam sintomas de depressão. Apesar de ser referido, no *Estudo 1*, a existência de

psicólogos como serviço gratuito em 23 instituições, assim como a realização com regularidade da atividade ocupacional, jogos de estimulação cognitiva; no *Estudo 2* não encontramos nenhuma referência ao papel do psicólogo, nem no apoio psicológico e na mediação dos conflitos internos, nem na estimulação cognitiva às pessoas idosas com sintomas de doença ou perturbação mental. Os lares reúnem cada vez mais pessoas de idade muita avançada que manifestam um grau de dependência degenerativa, provocada por doenças como o Alzheimer, Parkinson..., sem que os lares e cuidadores saibam o que lhes fazer. Estes coabitam no mesmo espaço que os idosos dependentes físicos. A incorporação dos psicólogos, na fomentação de programas de apoio às pessoas idosas e cuidadores, permitiria incluir a saúde mental como uma preocupação pela valorização do cuidado integral da pessoa idosa.

As instituições que referiram a existência de psicólogo, com acesso gratuito, onze são Irmandades de Misericórdia e oito Centros Sociais Paroquiais. Na sua totalidade instituições que possuem outras valências sociais (e.g., jardins de infância, SAD, centro de dia, RLIS, CLDS e equipas multidisciplinares do rendimento social de inserção). Deste modo, justifica-se a manifestação da existência deste recurso, uma vez que ele pode ser utilizado no cargo de direção técnica e como recurso humano transversal às restantes valências da instituição, o que nem sempre corresponde a um apoio psicológico permanente e efetivo na valência lar de idosos.

No *Estudo 2*, a totalidade das pessoas idosas refere que os problemas de saúde lhes provocou uma deficitária mobilidade física, o que condiciona a realização de algumas atividades. No entanto, esta constatação não tem sido acolhida positivamente pelos lares de idosos. O *Estudo 1* manifesta uma ausência generalizada de técnicos nas áreas da reabilitação física (técnicos de fisioterapia e de educação física). Por sua vez, no *Estudo 2*, encontramos referências à presença de técnicos externos de educação física, que realizam atividades próximas da reabilitação física. Estas são atividades realizadas em parceria com as autarquias locais, centradas essencialmente em exercícios de ginástica e no jogo do Boccia. Embora, consideremos esta ação meritória, ela não é desenvolvida de modo permanente, continuando a revelar algumas fragilidades, por parte dos lares, no apoio à

mobilidade física, tais como: privilegiam-se as pessoas idosas com alguma mobilidade; uniformização de exercícios físicos sem ter em conta o grau de dependência de cada um e limitação na diversidade dos exercícios físicos atendendo à existência de barreiras arquitectónicas no espaço onde são realizadas as sessões, sala de convívio.

Sublinhamos, ainda, que os serviços de manicura e pedicura integram-se nos cuidados básicos de saúde. O *Estudo 1* confirmou que ele não existe ou requer pagamento extra em 20 lares. Na mesma linha, o serviço de cabeleireiro surgiu como pagamento extra na maioria das instituições. Alguns estudos (Lopes, Afonso, Cerqueira & Pereira, 2008) referem que entre as pessoas idosas existe o estereótipo de que estes são incapazes de cuidar da sua própria imagem física. Esta conceção negativa do envelhecimento, aliado ao desinteresse pela imagem física, pode justificar o facto de que não se disponibilize, de modo gratuito, os serviços de manicura e de pedicura. No entanto, o *Estudo 2*, parece demonstrar, que no exercício da autonomia dos idosos, estes valorizam a escolha da sua roupa [e.g., “*a gente pergunta sempre se gosta desta roupa, se é esta que quer, eles dizem sim ou não*” (Lar_3cd3F)]. A roupa, o cabelo, as mãos e os pés fazem parte da sua identidade e postura, independente do seu estado de saúde. Deste modo, consideramos que as instituições deveriam integrar estes serviços no cuidado diário da pessoa idosa sem ser necessário o recurso a pagamento extraordinário.

A presença de uma comunidade de idosos muito envelhecida condiciona a realização de alguns tipos de atividades, facto que é constatado nos dois estudos efetuados. No *Estudo 2* evidenciamos que as pessoas idosas institucionalizadas, formam uma comunidade envelhecida, com limitações físicas, estando algumas acamadas. Opta-se regularmente por atividades que requerem pouca mobilidade, como a celebração dos dias comemorativos, música, passeios e convívios com a comunidade exterior, jogos de mesa, trabalhos manuais e a televisão. As atividades desenvolvidas realizam-se predominantemente no mesmo espaço e para todas as pessoas. A sua realização em simultâneo (e.g., televisão e trabalhos manuais), e para todos, não favorece exercício da liberdade de escolha ou da opção por momentos de silêncio e de interioridade das pessoas idosas com dificuldade de mobilidade física [e.g., “*E eu fico arreliada, porque... por*

exemplo, obrigar-me a ouvir o Big Brother, ou lá o que é isso eles não me obrigam, de maneira que muitas vezes não sei, então venho aqui” (Lar3_id6F)].

No *Estudo 2* constatamos que a sala de convívio surge como o espaço onde se realizam uma diversidade de atividades: convívio e diálogo inter-idosos, animação lúdica e recreativa, espaço de oração, sala de visitas dos familiares e sala para o exercício físico, partilhando a ideia de que os lares são muito repetitivos e monótonos (Rodrigues, 2001). Este estudo parece manifestar uma conceção espaço-temporal tripartida. O espaço do quarto, refeitório e sala de convívio coincide simetricamente com o tempo de levantar e da higiene pessoal, refeições e tempos livres, ocupados pela permanência no mesmo espaço e sentados numa poltrona [e.g., “...e estou ali sentado ali no cadeirão ali ao lado da minha mulher, passo por aqui os dias” (Lar4_id7M) e “onde passo mais tempo, é sen, é sentada. Na salinha.” (Lar5_id9F)].

A nossa investigação confirma que as atividades como passeios, trabalhos manuais e exercício físico são realizadas essencialmente por proposta dos cuidadores internos ou externos (Guedes, 2007), enquanto que as atividades de jogos de mesa e religiosas, ainda que possam ser sugeridas pelos cuidadores, assumem-se como atividades desejadas e queridas pelas pessoas idosas.

As restantes atividades culturais (teatro, cinema, comentários a jornais e revistas, leitura) realizam-se com pouca frequência, talvez pela consequência da ausência destes hábitos culturais nas terras do interior. Embora no *Estudo 2* se tenha feito referência à hora do conto, leitura e computador, são atividades desenvolvidas por opção do idoso quase de forma excepcional, sendo já um hábito previamente adquirido pela profissão anteriormente realizada e pelo nível cultural das pessoas idosas intervenientes.

No que se refere às atividades domésticas, o *Estudo 1* revelou que estas são pouco desenvolvidas, mas no *Estudo 2* algumas pessoas idosas manifestaram, na perspetiva dos idosos e cuidadores, vontade de colaborar nas atividades da cozinha, limpeza, quinta e jardim e na ajuda à comunidade, enquanto um cuidador e quatro pessoas idosas salientam que este tipo de atividades não se enquadram na dinâmica da instituição, nem lhes é pedida a sua realização.

As pessoas idosas institucionalizadas da Diocese de Lamego são predominantemente de zonas rurais e na sua maioria do género feminino. A sua narrativa de vida foi sendo construída à volta da família, trabalho doméstico e agricultura. Os lares devem ser uma extensão deste ambiente, não só pelo espaço onde estão edificados, mas também no tipo de atividades desenvolvidas. A disponibilidade para acompanhar as pessoas idosas, em algumas destas atividades, tornaria os dias menos penosos e rotineiros.

Quanto às atividades religiosas e assistência religiosa, os dois estudos confirmaram o respeito pela opção religiosa das pessoas idosas através do recurso à oração pessoal, assistência espiritual com a presença do sacerdote, oração do terço diário, disponibilidade de capela e a prática sacramental (Eucaristia). Na sua generalidade são atividades orientadas para a prática religiosa. Não encontramos espaços ou momentos que proporcionem ao idoso a partilha das grandes questões vitais e existenciais, sejam elas religiosas ou não. Os dados recolhidos manifestam uma clara passagem desta responsabilidade religiosa e espiritual para a função do pároco ou do assistente espiritual comprometido com a instituição. O elevado número de lares administrados pela Igreja Católica justifica o acompanhamento espiritual ou religioso, realizado na sua quase totalidade, pelo pároco das comunidades onde estão edificadas estas instituições.

As pessoas idosas manifestaram uma vontade em participar nas atividades religiosas, o que vem confirmar o resultados de algumas investigações que apontam no sentido de que com o avançar da idade, a pessoa torna-se mais sensível à dimensão religiosa (Alves, 2011; Assis, Gomes & Zentarski, 2013; Chaves & Gil, 2015;), ao mesmo tempo que certificam a matriz religiosa da sociedade portuguesa e da Diocese. Por outro lado, a presença e a insistência nas atividades religiosas (terço e Eucaristia) pode representar uma certa apatia dos cuidadores (Guedes, 2007), porque não motivam para a realização de outras atividades (convívio social com comunidade, encontro intergeracional, passeios, momentos de interioridade e silêncio, reabilitação física e cognitiva...), que possam ir ao encontro do gosto e do bem estar das pessoas idosas [e.g., *“Este ano o tempo aqui foi muito ruim, muita chuva, muito vento, muito frio e a gente está aqui... de sexta a sábado a quase sempre... de sábado, de segunda a sábado estamos sempre aqui”*]

(Lar4_id8F)]; e uma inércia das pessoas idosas que se resignam à sua condição de fragilidade [e.g., “*A minha irmã vai fazer oitenta e quatro este mês, mas tem Alzheimer e já não, pronto está mesmo mal. Há uma outra senhora que tem uma depressão que deve ter os seus sessenta e tal que anda muito bem, mas que portanto, quer dizer não tem possibilidade, quer dizer, não vejo o que é que pudesse fazer que interessasse muito*” (lar3_id6F)].

Todos os estudos reconhecem que a dimensão transcendente ou espiritual e religiosa é uma parte integrante da pessoa idosa que envelhece. Nela se alojam os valores, o sentido da vida e da morte, os amores e desamores, o medo e a esperança, a relação com Deus... Na perspectiva de Zabelata (2007) a velhice é um tempo para a espiritualidade, para olhar mais fundo, um tempo para a Fé e para a comunicação com Deus, um tempo para se situar diante do fim, um tempo para a oração e um tempo para se confiar plenamente no Amor de Deus. Neste contexto, Prat Puigdengolas (2010) reconhece que é tempo de acabar com os tabus que consideram o sacerdote como o único especialista “em religião” ou dos sacramentos, “*é preciso responder à experiência espiritual – religiosa ou não – com rigor e competência, do modo que o fazemos com a medicina ou a psicologia*”. No *Estudo 2*, tanto na perspectiva da pessoa idosa como do cuidador, a questão religiosa parece ser profundamente refletida e integrada no cuidado integral do mesmo, no entanto, o cuidador não surge como ator principal como o é nos cuidados de higiene ou de saúde. A questão religiosa está reduzida a um puro assistencialismo ou apenas como distração dos longos dias da institucionalização. Prat Puigdengolas (2010) reconhece que os cuidadores deveriam ter a tarefa de convidar as pessoas idosas a contar a sua experiência com Deus e de ouvir a sua história, porque estas narrativas tornam-se curativas e libertadoras para a pessoa idosa. A relação com Deus é também um espaço de cura.

No *Estudo 1*, sentimos que o acompanhamento espiritual e a formação catequética ou formativa são pouco divulgados ou vividos, porque assumidos como tarefas externas ao cuidado e, por isso, menos importantes. O mesmo estudo parece sugerir que esta ausência pode estar relacionada com uma inexistência representativa⁵⁰ (24 instituições) de voluntários e visitantes no apoio à assistência religiosa, assim como, a falta de uma

⁵⁰ Cf. Quadro 10.3

equipa pluridisciplinar de Pastoral da Saúde. A presença de uma Pastoral da Saúde, devidamente organizada e dinâmica, voltada para o cuidado integral e salvífico da pessoa idosa, facilitaria a integração dos lares no seio da comunidade e promoveria a anulação estereotipada de que, nos lares de idosos, se envelhece solitária e isoladamente do contexto social e religioso onde sempre viveu.

2) Quais as perdas físicas, lúdico-culturais, sócio emocionais, religiosas e espirituais identificadas pelas pessoas idosas e cuidadores dos lares de idosos?

i) Perdas físicas e lúdico-culturais

A deficitária mobilidade física e os problemas de saúde surgem como as perdas físicas que mais unidades de registo recebem das pessoas idosas institucionalizadas e dos seus cuidadores. As pessoas idosas do *Estudo 2* reconhecem que a falta de mobilidade impede a realização autónoma de algumas atividades, como a deslocação e o vestir. Em cinco idosos a perda de mobilidade está associada a problemas de saúde que vão surgindo com a idade: AVC, artroses, demências e perda de visão. Confirma-se, assim, que os lares de idosos possuem, na sua globalidade, pessoas com dificuldade de mobilidade e dependentes (Almeida, 2008), necessitando de ajuda para a realização das suas tarefas.

Todos as pessoas idosas reconheceram que têm problemas de saúde, e são, quase sempre, o motivo de diálogo entre idosos e cuidadores e uma das causas da sua institucionalização (Pimentel, 2005; Guedes, 2007 e Almeida, 2008). Por outro lado, ao cruzarmos os dados das categorias perdas físicas com a categoria causas para a institucionalização, observamos que o agravamento do seu estado de saúde e mobilidade física ou do seu cônjuge são as razões principais para a sua institucionalização [e.g., “*mas a saúde depois dele foi, foi falhando e ele disse-me se queria vir para o lar*” (Lar2_id4F)].

Embora não possamos tirar conclusões generalistas dos dados recolhidos, no entanto, eles parecem confirmar a grande probabilidade de as pessoas contraírem doenças

graves com a idade. Estas doenças aumentam muito na velhice, sobretudo na quarta idade, tornando as pessoas idosas mais vulneráveis, diminuindo a sua qualidade de vida (Baltes & Smith, 2003 e Fonseca, 2004) e afirmam-se como um dos motivos para a sua institucionalização. Neste sentido, o cuidado integral do idoso institucionalizado, o desenvolvimento das dinâmicas e a realização de tarefas propostas pela instituição e cuidadores, terão que atender a este aspeto chave da sua condição de saúde, sem que se desvalorizem os outros aspetos importantes da vida da pessoa idosa, como a dignidade e a liberdade.

A nossa investigação não reuniu informação quanto ao nível de instrução das pessoas idosas. No entanto, alguns estudos realizados, em lares de idosos, consideram que o nível de instrução das pessoas idosas institucionalizadas não vai, na maioria dos casos, além do quarto ano (Rodrigues, 2001; Guedes, 2007 e Almeida 2008). No desenrolar do *Estudo 2*, as pessoas idosas partilharam experiências da sua vida, entre elas a profissão, centrada essencialmente na agricultura e nas tarefas domésticas. O que de algum modo, parece justificar a ausência de referências na categoria perdas lúdico-culturais. Apenas duas pessoas idosas e um cuidador salientaram que o aspeto cultural e lúdico, assumido como perda, é a televisão. Por outro lado, o facto de as instituições favorecerem amplamente a visualização da televisão e a realização de atividades comemorativas, estes momentos lúdicos e culturais, podem ter sido interpretados, pelas pessoas idosas, mais como um ganho com a velhice e institucionalização do que uma perda.

ii) *Perdas sócio emocionais*

Se as perdas lúdico-culturais não foram sentidas pelos idosos institucionalizados, o mesmo não podemos dizer em relação às perdas sócio emocionais.

O ser humano vai estabelecendo relações sociais ao longo da sua vida, umas permanecem no tempo, outras tornam-se circunstanciais. As relações sociais não são atos isolados, estanques ou fechados, mas construídas ao longo da vida, sofrendo as mutações próprias das circunstâncias do tempo, profissão, contexto social, amigos ou do ambiente

cultural em que se encontra. A velhice vem (re)lembrar estas trajetórias de vida, deixando marcas de saudade, solidão e nostalgia pela recordação (Bermejo, 2002).

No *Estudo 2*, a perda social e emocional categorizada como filhos foi a que recebeu um maior número de unidades de registo. Tanto os cuidadores como as pessoas idosas (um idoso é solteiro) manifestaram sentir saudades dos seus filhos. Os dados parecem demonstrar que as relações familiares não se anulam com a institucionalização, os laços permanecem intactos, ainda que, em algumas situações, mais distantes pela ausência prolongada dos filhos.

Esta relação com os filhos assume três interpretações diferentes neste estudo. Numa primeira, as pessoas idosas têm saudades e estão preocupadas com os seus filhos. Os filhos ausentaram-se, alguns estão fora da terra e do país. A institucionalização dos pais deixa de ser uma preocupação para os filhos provocando um intervalo maior entre as visitas, e por isso, a saudade [e.g., *“Eles vêm-me aqui buscar muitas vezes e levam-me lá para casa e almoço lá com eles quando vêm de férias. Um tenho ali perto de mim, um até está em Espinho a vender cerejas e outro está no Casino de Espinho e outra está no Porto a trabalhar a mais o marido”* (Lar4_id8F)]. A segunda interpretação é-nos dada pelos cuidadores, as pessoas idosas sentem pelos filhos um sentimento duplo de saudade e de revolta, uma vez que os filhos não lhes proporcionaram as condições para cuidar deles, empurrando-os necessariamente para a institucionalização [e.g., *“mas eles ao princípio ficam revoltados e depois quando é nas alturas do Natal e Páscoa e que há mais familiares que vêm buscar os pais ou os tios ou os primos ou assim para irem, e alguns que ficam, eles...”* (Lar2_cd2F)]. E por fim, a interpretação de que os filhos são mais importantes do que eles próprios, por isso, optaram por se afastarem deles, para não os incomodar nas suas tarefas diárias e familiares [e.g., *“Vai um mês para outro e vai um mês para o outro e depois vem para a terra, para o da terra e depois torna a ir. E eles empregados, elas empregadas e eu estava ali sem conhecer ninguém, não é... O senhor achava bem que eu fizesse isso?”* (Lar5_id9F)].

Algumas pessoas idosas experimentam a perda dos laços familiares com a esposa(o), ora porque esta se encontra doente [e.g., *“Está ali a olhar, abre os olhos. É um corpo morto, olha que isto! E aquilo mete-me uma confusão doida... ver a mulher ali mais*

nova do que eu seis anos... mais nova do que eu seis anos... ainda agora lá está... até Deus querer” (Lar2_id3M)] ora, porque experimentam a difícil e perturbadora hora do luto. Nem sempre a institucionalização acontece em simultâneo para o casal, por vezes, atendendo ao número de vagas, vem um elemento do casal e mais tarde o outro. Esta separação circunstancial também provoca uma sensação de perda no idoso, percecionada na nossa investigação por um cuidador.

À semelhança dos filhos, o resto da família (irmãos, cunhados, sobrinhos), foi percecionada como perda, pelos cuidadores e pelas pessoas idosas. As suas visitas são ainda mais espaçadas no tempo, provocando nas pessoas idosas apenas sentimento de saudade.

As perdas emocionais também se estendem, no discurso das pessoas idosas, aos amigos e convívio social. As pessoas idosas mantinham uma relação de convívio e de amizade com os seus vizinhos, ex-colegas de trabalho e a comunidade. Esta rede de relações sociais sofre uma ruptura com a sua institucionalização. Agora, permanecem as recordações e as histórias recontadas a outros idosos ou cuidadores, deixando um sentimento de nostalgia e de saudade, na pessoa idosa, pela perda do estatuto social.

A institucionalização implica um corte com a casa, os objetos que se foram adquirindo, as fotografias, os bens móveis e imóveis, que fazem parte do seu “eu”, da sua própria identidade. O espaço casa, cheio de pessoas e de coisas, deixa de existir e fica apenas um quarto, porventura partilhado com alguém que não se conhece. As coisas deixam de ter um sentido de posse, tudo é partilhado, a refeição, o quarto, a sala, o quarto de banho... Para trás fica o que se edificou, tantas vezes à custa de horas de trabalho árduo e de lágrimas de sacrifício. Associado à casa, surge o trabalho do campo, prioritariamente realizado pelos homens e o trabalho doméstico, ao encargo das mulheres. Abandonar a sua própria casa, os terrenos, a vida da agricultura e as responsabilidades domésticas é abandonar parte de si, um pedaço da sua história. Por isso, os bens materiais, a profissão e o serviço doméstico foram percecionados, pelas pessoas idosos e cuidadores, como as perdas que o idoso manifestamente mais reclama [e.g., “*Ai sim, às vezes falo que tenho saudades da minha casa, pois a gente se não tem saudade. Vivi lá tantos anos, já tenho oitenta e oito feitos...*” (Lar3_id5F)].

Por fim, integramos como uma perda sócio emocional a solidão. Alguns estudos (Pimentel, 2005; Fonseca, Paúl, Martín & Amado, 2005; Guedes, 2014) identificam a solidão como uma característica dos idosos em contexto rural, consequência da ausência de serviços sociais e de saúde, aumento da migração das zonas rurais para as urbanas, despovoamento das aldeias e as dificuldades económicas que afastam os potenciais cuidadores familiares. Neste contexto, os idosos ficam entregues a si próprios e/ou aos seus cônjuges com as fragilidades da idade e da doença. A institucionalização surge como uma alternativa ao isolamento, em alguns casos, fora da aldeia que os viu nascer e perto das habitações dos seus filhos. O *Estudo 2* parece confirmar que a solidão assume um sentimento de perda que levou os idosos à decisão pela institucionalização [e.g., “*Não tinha ninguém que me tratasse de mim, só me tratava enquanto houvesse dinheiro*” (Lar1_id2F)]. Para dois cuidadores, algumas pessoas idosas continuam a sentir solidão após a institucionalização. Apesar de viverem rodeados de pessoas, sentem um vazio intenso e solidão, porque os seus familiares se afastam progressivamente, tornam-se indiferentes ao seu estado de saúde e recusam-se a visitá-los.

iii) *Perdas religiosas e espirituais*

Alguns estudos referem que a religião e a espiritualidade são um contributo para a qualidade de vida das pessoas idosas (Chaves & Gil, 2015, Teixeira, 2014, Koenig, 2000 e Barros, 2008). Embora estes estudos façam uma distinção entre a espiritualidade, enquanto busca pela compreensão das questões existenciais, e a religião, como um conjunto de práticas religiosas que dão apoio e segurança à pessoa idosa, no *Estudo 2* a religião e a espiritualidade aparecem associadas predominantemente à prática religiosa.

As pessoas idosas do *Estudo 2* consideram-se pessoas crentes e com uma vivência de Fé e de oração (Chaves & Gil, 2015), caracterizada através da participação regular da Eucaristia e oração do terço. A vivência desta prática religiosa não é assumida pelos idosos e cuidadores como uma perda, porque as pessoas idosas podem, mesmo institucionalizadas, viver e praticar a sua Fé. Por outro lado, a resposta à questão 1

confirmou que os lares de idosos da Diocese de Lamego, promovem a realização de atividades religiosas, facilitando a vivência, por parte das pessoas idosas, da sua religião.

Os cuidadores do *Estudo 2* confirmam que as pessoas idosas têm necessidade de expressar a sua Fé, não só pela oração, mas também pela manifestação privada da sua fé, expressa na presença de santinhos nos seus quartos [e.g., “*É assim... alguns deles são mesmo, são mesmo... prontos têm mesmo fé... e tanto é que isso nota-se porque a maior parte dos quartos têm todos os santinhos e essas coisas assim*” (Lar5_cd5F)]. A consciência desta necessidade religiosa das pessoas idosas, por parte dos cuidadores, é confirmada pelos dados do *Estudo 1*, que revelam a realização diária da oração do terço na grande parte das instituições. Em algumas situações, são os cuidadores que promovem a sua realização [e.g., “*É, o terço aqui à noite a gente mete o rádio e eles acompanham através da rádio o tercinho, é*” (Lar2_cd2F)].

O *Estudo 2* parece demonstrar, ainda, que as pessoas idosas sentem a perda de uma interação social desenvolvida pela prática religiosa (Barros, 2008; Assis, Gomes & Zentarski, 2013 e Chaves & Gil, 2015) e não continuada com a sua institucionalização. Ir à Igreja, cruzar com vizinhos e amigos, assumir a responsabilidade do arranjo da capela ou integrar alguma comissão de culto fazia parte da sua identidade social e comunitária. A tarefa do arranjo das flores ou do altar da Igreja é agora transferida para os cuidadores ou responsáveis da instituição. A pessoa idosa apenas assiste à dinâmica religiosa, sem ser um interveniente, a não ser na oração do terço, presidida, em algumas situações, pelos próprios idosos.

O *Estudo 1* revelou a existência do espaço capela em 40 lares de idosos e, através do *Estudo 2*, não encontramos referência de que a sua dinamização ou arranjo esteja a cargo de alguma pessoa idosa. Talvez a responsabilização das pessoas idosas, pelo cuidar deste espaço fosse mais uma oportunidade para a integração das pessoas idosas à comunidade lar de idosos, mantendo-o ligado ao seu passado de compromisso social e religioso.

Assumimos como um dos objetivos da nossa investigação compreender em que contexto espacial e relacional a pessoa idosa partilha o seu passado e as suas perdas com os

cuidadores. O *Estudo 2* parece demonstrar que as pessoas idosas sentem alguma dificuldade em partilhar com o cuidador as suas histórias de vida. A entrada no lar provoca uma profunda alteração no modo de viver do idoso. O ambiente é diferente, as pessoas idosas e cuidadores são desconhecidos e a conceção estereotipada de que a velhice não é o tempo para novas amizades, cria a desconfiança, levando a que alguns idosos, se recolham no seu silêncio, dificultando a construção de um diálogo [e.g., “*Os funcionários?... Oh não, eu não tenho conversas com ninguém, ninguém, quase ninguém me conhece. Aqui a maior parte das pessoas é tudo daqui dos arredores, não é, conhecem-se uns aos outros, a mim ninguém me conhece*” (Lar5_id9F)].

A experiência negativa, com maior número de referências, neste estudo, é a ausência de diálogo. O excesso de trabalho do cuidador, referido na questão 1, é apontado pelas pessoas idosas como uma das causas para esta ausência. As conversas existentes, na perspetiva das pessoas idosas, são muitas vezes circunstanciais e à volta da dinâmica diária do lar: higiene, refeições, convívio e as atividades lúdicas, confirmando assim a pouca interação entre cuidadores e pessoas idosas referida por outros estudos (Guedes, 2007).

No entanto, alguns cuidadores reconhecem que o diálogo pessoal pode acontecer em espaços mais restritos e promotores de uma maior envolvência com a pessoa idosa, como é o quarto e a hora das refeições. [e.g., “*a gente quando está no quarto a lavá-los, a gente conversa com eles (...) ao deitar, a gente antes quando a gente os deita estamos sempre a falar com eles é*” (Lar3_cd3F) e “*A gente não programa, ora hoje vou falar daquilo, não. A gente chega lá, por exemplo, pode haver um dia em que estejam mais doentes, mais cansados, com mais dores e então aí a conversa já não vai tanto. Ora um dia em que eles estejam mais alegres, já a conversa pode evoluir, já se pode falar de outras coisas, depende muito conforme a gente os encontra.*” (Lar1_cd1M)]. Se o espaço quarto pode criar o ambiente favorável para o diálogo, ele por si só não é suficiente, mas exige que o cuidador estabeleça uma relação de confiança com a pessoa idosa, alicerçada mais numa atitude da escuta (Torralba, 2011) do que na conversa [e.g., “*Eles depois também têm muita confiança em mim, tudo reclama a A.*” (Lar2_cd2F)].

Assim, parece-nos imperioso que as instituições se voltem um pouco para o estabelecimento de uma relação de proximidade entre cuidador e pessoa idosa. Os

cuidados realizados com o tempo cronometrado impede, ainda que o cuidador tenha excelentes qualidades humanas, que se estabeleçam e promovam laços fraternos e familiares entre idosos e, destes, com os cuidadores. Por outro lado, esta relação de proximidade ajudaria a uma melhor objetivação das reais perdas das pessoas idosas e a sua consequente resposta por cuidadores e instituição.

3) De que modo as perdas identificadas são consideradas para a dinâmica de funcionamento dos lares?

Após a identificação e análise das perdas manifestadas pelas pessoas idosas importa, agora, analisar o contributo que cuidadores e instituição oferecem à integração e cuidado integral das pessoas idosas.

i) Vivência institucional da pessoa idosa

O nosso *Estudo 2* parece demonstrar como principal causa da institucionalização a falta de saúde e a consequente perda de autonomia física, confirmando os dados de outros estudos (Pimentel, 2005, Almeida, 2008). No entanto, a ausência de saúde não surge como uma causa isolada, mas associada à incapacidade da família para cuidar dos seus idosos⁵¹. O peso familiar da decisão de institucionalização surge, neste estudo, através de três áreas fundamentais. Em primeiro lugar, a saúde do próprio ou do cônjuge leva à sua institucionalização e à do casal, mais tarde ou mais cedo. Em segundo lugar, a institucionalização é concertada ou negociada com os filhos das pessoas idosas, ora porque estes reforçam a falta de saúde dos pais e a impossibilidade de ambos, pais e filhos, em cuidar, ora porque os pais não querem ser um fardo para os seus filhos. Por fim, pela inexistência de suporte familiar (filhos ou restante família).

⁵¹ Entre vários autores, as autoras Guedes (2014) e Imaginário (2002) referem que o contexto atual e social da família e as condições habitacionais impossibilitam que se ofereçam, às pessoas idosas, as condições humanas e físicas de bem estar, levando a que as família optem pela institucionalização dos seus idosos.

Reforçamos, ainda, que apenas uma pessoa idosa considerou a sua institucionalização uma decisão plenamente livre e pessoal, isenta de pressões familiares e de problemas de saúde. Esta decisão, apesar da provação da adaptação inicial às regras da instituição e restantes idosos, foi encarada numa perspetiva bastante positiva e livre. O seu modo de vida autónomo obriga a que o lar de idosos lhe proporcione algumas vantagens: quarto individual, acesso a zonas mais restritas (computador, cozinha, direção técnica), liberdade de saída para o exterior, gestão do número de refeições e o recurso a férias ou encontros de longa duração junto da sua família. Assim, este dado, parece demonstrar que as instituições não têm dificuldades em promover um envelhecimento bem sucedido às pessoas idosas autónomas, no entanto, quando falamos de idosos dependentes, as situações assumem outros contornos, revelando algumas debilidades dos lares de idosos.

A generalidade dos estudos afirmam que a institucionalização das pessoas idosas implica uma ruptura com os hábitos da vida quotidiana, com as relações sociais e familiares, tornando, por vezes, a adaptação a uma nova comunidade, lar de idosos, difícil, dolorosa e com alguns momentos de sofrimento. O nosso *Estudo 2* parece salientar, embora não tenha uma relação direta e proporcional, que a causa familiar, decisão dos filhos, influência o modo como a pessoa idosa vive a sua institucionalização. Esta causa evidência, na perspetiva dos cuidadores, uma revolta interior, alguma incompreensão para com a família e uma dificuldade acrescida na adaptação da pessoa idosa ao lar de idosos.

As pessoas idosas do nosso *Estudo 2*, mostraram algumas experiências negativas na relação com o cuidador, com as pessoas idosas e com a instituição.

Na relação com o cuidador, e na perspetiva da pessoa idosa, há uma clara ausência de diálogo, com reflexos na pouca atenção que se dá ao idoso e numa relação direta com o excesso de trabalho do cuidador. Esta pouca atenção, a que se refere o nosso *Estudo 2*, caracteriza-se essencialmente pela indisponibilidade de tempo, do cuidador, para estar junto dos seus idosos, devido à sua multiplicidade de tarefas técnicas que deve realizar na instituição. Esta postura forçada do cuidador, centrada apenas no curar, limita as relações humanas com o idoso, *coisificando* e desumanizando o cuidado (Gafó, 1996).

Na relação entre os idosos, o aspeto negativo mais referido foi o conflito entre idosos, perspetivado essencialmente pelas pessoas idosas. O Conselho Nacional de Ética

para as Ciências da Vida (2014), no seu parecer sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas, descreve que, a Linha do Cidadão Idoso da Provedoria da Justiça, registou, nos últimos 10 anos, um crescente aumento do número de queixas. A quinta questão mais frequente foi “maus tratos na família ou instituição” e a sexta “lares de idosos”. A nossa investigação, embora tenha um elevado número de referências na categoria conflito de idosos, não demonstrou a presença efetiva de conflitos ou de maus tratos entre idosos. No entanto, a análise destes dados permite-nos tipificar dois tipos de conflitos possíveis: dificuldades de relacionamento com a companhia de quarto e comportamento agressivo interpares e com o cuidador, justificado por problemas de saúde mental. Ao longo da nossa investigação, também, não nos foi possível demonstrar como é que as instituições e cuidadores lidam com estas situações ou que tipo de apoio é dado a cuidadores e pessoas idosas, dando a entender que muitas destas situações, se prolongam no tempo intervindo-se apenas nos casos mais graves. A solução destes casos passará, muitas vezes, pela responsabilidade e decisão do diretor técnico, sem o recurso e o apoio a outros técnicos existentes na instituição (cf. *Estudo 1*).

Na relação com a instituição merece-nos destaque um elevado número de referências ao sentimento de rotina presente na quase totalidade dos idosos do nosso *Estudo 2*. Esta rotina, parece demonstrar que as atividades nos lares são inexistentes, provocam uma inatividade (CNCV, 2014) e aumentam o declínio físico e mental das pessoas idosas. Observamos, ainda, que a rotina revela um distanciamento e uma superficialidade relacional entre as pessoas idosas. Apesar de viverem no mesmo espaço comum, agem como desconhecidos, com receio e desconfiança com idosos e cuidadores. Esta é uma das grandes fragilidades dos lares de idosos e que, no nosso estudo, parece evidenciar-se através da incapacidade para motivar, promover relações pessoais e envolver as pessoas idosas nas diversas atividades da comunidade. Guedes (2014) refere que deve existir, nas instituições e cuidadores, uma vontade de inverter esta situação, promovendo ações que fomentem a relação entre as pessoas idosas e cuidadores, através de atividades socialmente úteis, superando o vazio e a rotina que, por vezes, se respira nos lares de idosos.

A nossa investigação não identificou só constrangimentos, existem sinais de humanização e que são reveladores de uma preocupação pelo cuidado integral da pessoa idosa.

O *Estudo 2* confirma que, apesar de a institucionalização ser penosa e exigir um processo de adaptação, as pessoas idosas acabam por aceitar e valorizar o seu ingresso no lar (Pimentel, 2005; Guedes, 1014; Vieira, 2014). Os cuidadores apresentam como razões para esta aceitação: o facto de as pessoas idosas usufruírem de uma qualidade de serviços que não seria possível nas suas terras ou habitações; a consciência do grau de dependência que os impede de realizar autonomamente a sua higiene e o permanente acompanhamento de que são alvo. As pessoas idosas reconhecem que o lar lhes dá uma certa segurança, pelo modo como os cuidadores os tratam e pelo bem-estar que lhes é proporcionado, através de atividades, passeios e momentos de oração [e.g., *“Eu julgo que sim, nós não temos que dizer das animadoras, são muito simpáticas para nós, são. São muito boas pessoas, são muito simpáticas, é, isso é verdade (...) olhe eu para dizer, o tempo que passo aqui passo sempre bem.”* (Lar4_8id)].

Os aspectos positivos da vivência do lar não se circunscrevem estritamente à dinâmica estrutural dos lares de idosos. As relações interpessoais e o ambiente de proximidade favorece a criação de uma nova família alargada. Os cuidadores e as pessoas idosas, do *Estudo 2*, salientaram que com o tempo os idosos olham para os cuidadores como se fizessem parte da sua família, estreitando com eles verdadeiros laços de amizade. As preocupações pessoais do outro (cuidador e pessoa idosa), passam a ser as preocupações do que cuida e do que é cuidado. Por outro lado, o cuidador também projeta na pessoa idosa uma fonte de sabedoria que emana nas histórias de vidas contadas por tantas pessoas idosas (Posada, 2011).

Algumas pessoas idosas compartilham atos de solidariedade com outros idosos e com o cuidador (Vieira, 2014), disponibilizando-se para colaborar no transporte das cadeiras, na distribuição da refeição, na ajuda a levantar um colega ou a acompanhá-lo ao quarto, etc. O nosso *Estudo 2*, parece também demonstrar, que esta solidariedade se estende a uma atitude de gratidão da pessoa idosa para com os cuidadores. Cuidar de alguém fragilizado, num espírito de entrega e de disponibilidade total, deixa em quem é

cuidado marcas de dignidade e em quem cuida gestos de gratidão eternos, como é o sorriso, o olhar ou o carícia (toque).

ii) *Atividades, tarefas e atitudes do cuidador e instituição em resposta às perdas identificadas das pessoas idosas.*

Na questão 1 procuramos refletir nas propostas de atividades que as instituições e cuidadores oferecem as pessoas idosas institucionalizadas, numa articulação com os dois estudos efetuados na nossa investigação. Neste momento, consideramos oportuno, compreender se as atividades, atitudes e tarefas da instituição e cuidador respondem às perdas identificadas nas pessoas idosas.

Na nossa investigação é notório que os cuidadores são polivalentes. Ao cuidar da pessoa idosa associam-se outras tarefas práticas e domésticas (refeições, enfermagem, limpeza dos espaços, manutenção, apoio ao domicílio), restando muito pouco tempo para que cuidador e idoso estabeleçam relações sociais entre si. A investigadora Guedes (2012) considera que existe uma preocupação do cuidador centrada na obrigatoriedade imposta pelas regras institucionais, rotina e relógio, privilegiando-se e acarinhando-se as pessoas idosas que realizam tudo direitinho, que não dão problemas e que são autónomos na realização das suas tarefas e atividades [e.g., *“Da nossa vida não (risos)... depende da pessoa, depende com quem a gente fala, porque nem com todos os idosos a gente fala, mas às vezes falamos, é... tanto da nossa, como da deles”* (Lar3_cd3F) e *“Não têm tempo para nada. Quando têm tempo lá se juntam eles sozinhos, mas connosco não... não dão um bocadinho de conversa”* (lar1_id2F)].

Os dados do *Estudo 2* parecem demonstrar que a generalidade dos lares estão preocupados com os cuidados de saúde que são prestados às pessoas idosas. A presença de enfermeiros, a tempo inteiro ou parcial, assim como a colaboração dos cuidadores na realização destes mesmo cuidados, são uma resposta real às muitas debilidades de saúde das pessoas idosas institucionalizadas [e.g., *“Você aqui, ao menos, tem-nos a nós se precisar de ajuda, tem as (...) que são enfermeiras, há sempre aqui um apoio social”* (lar1_cd1M)].

Na resposta às necessidades culturais, as instituições promovem atividades de animação cultural, passeios e caminhadas, realizadas por animadoras culturais ou pelos cuidadores que assumem esta função. Por sua vez, a resposta às necessidades físicas, sociais e religiosas concretiza-se pelo exercício físico e no apoio espiritual, realizados por técnicos externos à instituição (professor de educação física e sacerdote).

Cuidar de um ser humano é entrar dentro da sua fragilidade, fraqueza e debilidade. O outro não é apenas um corpo que se vai degradando e curvando em direção ao chão (Ferreira, 2009), o outro chama por mim (Lévinas, 2008) implora a minha presença, pede-me para estar com ele (Torralba, 2006), partilhando as suas alegrias, tristezas, dores e aflições. Cuidar de uma pessoa idosa, não é apenas um ato estrutural rígido, é também um ato relacional e de proximidade. Cuidar do outro é vocação. Neste sentido, a nossa investigação revela novidade e parece demonstrar que os cuidadores diretos, através das suas atitudes e contornando as suas múltiplas tarefas, entranham esta conceção de cuidado integral, sobretudo quando o cuidador é experiente na arte de cuidar.

Se por um lado, no *Estudo 2*, percecionamos uma ausência de diálogo, justificada pelo excesso de trabalho dos cuidadores diretos, por outro lado, o diálogo, foi a atitude do cuidador que maior número de referências recebeu. Tanto cuidadores como pessoas idosas manifestaram um esforço para que o diálogo se estabeleça entre eles. A concretização deste diálogo contribui para um olhar positivo sobre o envelhecimento. A velhice é o tempo favorável para que a pessoa idosa se encontre com a sua existência e para refletir no sentido da sua vida (Gineste & Pellissier, 2008 e Barros, 2008). Apesar do pouco tempo do cuidador, este aproveita os momentos de maior intimidade para se disponibilizar para o diálogo [e.g., “*Eu, às vezes, até lhes digo, ‘ó Sr. J.M. se às vezes precisar de desabafar, falar, porque às vezes falar faz bem, esteja à vontade, o Sr. pode partilhar coisas comigo que ficam aqui só entre nós’. Eu tenho muito esse... essa conversa com eles*” (Lar1_cd1M) e “*Sim, nós temos idosos que nos falam da sua vida, é. Aquilo que aconteceu, a vida deles, o que foi. É eles falam muito*” (Lar3_cd3F)]. Em algumas situações, os cuidadores oferecem o seu tempo livre para estarem juntos dos seus idosos, acompanhá-los e, assim, terem a oportunidade de dialogarem com eles, fora do contexto formal dos tratamentos

[e.g., “*Sim, eu às vezes é mesmo a minha função é mais estar a ouvi-los e a falar com eles.*” (Lar2_cd2F)]. Através deste diálogo procura-se manter um ambiente familiar, esclarecendo e elucidando algum sentimento de revolta ou aliviando algum sofrimento.

O diálogo estabelecido entre o cuidador e a pessoa idosa é essencial para quebrar os receios e os medos da institucionalização. O diálogo é também uma atitude ética, enquanto o cuidador se coloca diante da pessoa idosa à escuta, disponível para acolher o outro na sua fragilidade, abrindo caminhos de confiança (Torralba, 2006). No *Estudo 2* encontramos cuidadores que conquistaram a confiança da pessoa idosa pelo diálogo, o outro é uma extensão do seu próprio eu, aproximam-se das pessoas idosas como de seu país se tratassem, proporcionando-lhe um ambiente de qualidade [e.g., “*O meu filho que está em S. M., esse vem-me buscar sempre, mas não é por minha vontade que eu vou, eu ficava aqui. Sinto-me aqui bem.*” (Lar2_id4F)].

No nosso estudo, também emergiram outras atitudes do cuidador que vão de encontro à essência do cuidar ou de uma ética do cuidado, como é a consciência de que a sua missão é uma vocação, que mesmo no meio da dor e sofrimento, deve ser exercida com alegria, num respeito sagrado pela dor do outro [e.g., “*E é a simpatia e a maneira como eles nos tratam. Quando chegam à nossa beira até nos abraçam*” (Lar1_id1M)]. O exercício da profissão requer conhecimentos técnicos, enquanto que a vocação é algo que emerge do interior, é um chamamento (Torralba, 2009). É nesta interação entre a vocação e a profissão que está a beleza do cuidar [e.g., “*Eu tenho que fazer as coisas profissionalmente muito bem feitas, não é. E dou muito valor a estar bem com eles, a conversa... as duas coisas andam muito interligadas, muito... muito*” (Lar1_cd1M)]. Torralba, diz-nos ainda que o cuidador deve, antes de mais, sentir uma determinada inclinação para o seu trabalho, num esforço constante para cultivar e atualizar a sua missão. Apesar de sentirmos que, nem sempre, os lares de idosos se preocupam com a formação dos seus cuidadores, proporcionando-lhes temas de reflexão para a melhoria do cuidado, entre os cuidadores existe um esforço de partilha do seu saber [e.g., “*Já tivemos, já, já... eu, eu... pronto, eu quando tive além tive é. Pois claro eu vou passando às outras colegas, não é, mas eu tive como se vira, as posições.*” (La3_cd3F)].

Neste sentido, todos os cuidadores do *Estudo 2*, assinalaram que realizam a atividade de cuidar com agrado, não só porque podem interagir com as pessoas idosas, mas também porque lhes proporcionam um auxílio na higiene, saúde e alimentação. Reconhecem, no entanto, que o sofrimento e a morte do idoso, deixam sempre uma nostalgia pela perda ou impotência para aliviar a dor de alguém que cruzou com as suas vidas. Apesar de não podermos tirar conclusões universais, a nossa investigação parece demonstrar que a experiência do cuidador, juntamente com a estabilidade contratual na instituição, pode contribuir para uma qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas. Os cuidadores do *Estudo 2*, possuem uma experiência de trabalho superior a cinco anos, o que lhes permite adquirir uma maior sensibilidade para cuidar e a criação de laços de amizade e de confiança mais profundos com as pessoas idosas institucionalizadas.

Por fim, importa ainda referir que nem todas as perdas identificadas, na nossa investigação, merecem igual tratamento por parte da instituição e cuidadores.

No que respeita, às tarefas e atividades, no *Estudo 2*, surge uma clara identificação de quem realiza essas atividades, com um contributo diversificado de técnicos específicos para as áreas da saúde, reabilitação física e apoio espiritual. No entanto, quando cruzamos os dados das atitudes assumidas com os diversos atores intervenientes (cuidadores diretos, técnicos...) só encontramos sinalizações nos cuidadores diretos. Assim, este estudo parece demonstrar, que os idosos criam uma plataforma de confiança, entendimento e de ligação duradoira com os cuidadores, que diariamente e constantemente lidam com eles. Os cuidadores diretos são as primeiras referências para as pessoas idosas da nossa investigação. Em segundo plano surgem os diretores técnicos, a quem os idosos recorrem para dialogar sobre algumas situações específicas da vida da comunidade.

Quanto às atividades sociais, sentimos que a manifestação da perda dos amigos, família e do convívio social, não é uma preocupação para cuidadores e instituição. As atividades desenvolvidas, não promovem uma relação de proximidade com a comunidade exterior ao lar, a não ser em raros momentos festivos e publicitários das atividades desenvolvidas pela instituição. A nossa experiência, leva-nos a afirmar que a paróquia, a

aldeia ou restante comunidade, defende a presença do lar no seu território e luta pela sua edificação, mas ausenta-se na dinamização e corresponsabilidade social de interagir com as pessoas idosas que estão institucionalizadas.

A família é outro ator de cuidado que não encontramos referenciado na nossa investigação. O papel da família limita-se às visitas, mais ou menos regulares dos seus idosos. No entanto, consideramos que a família deveria ser convidada a uma intervenção mais ativa, acompanhando e cuidando dos seus próprios idosos, mesmo estando estes institucionalizados. Reconhecemos, que as exigências de qualidade, segurança e higiene, leva a que as instituições sejam rigorosas nos horários de visitas e na limitação à constante presença da família. No entanto, isto não impossibilita que se criem projetos e programas que promovam uma incorporação da família no ambiente e contexto do lar de idosos, estreitando a sensação da perda familiar que as pessoas idosas manifestam com a sua institucionalização.

Quanto às atividades espirituais e religiosas, no *Estudo 2*, emergiu como perda, nos dados de uma pessoa idosa, a Direção Espiritual. Também aqui, nem a instituição nem os assistentes religiosos, a colaborar nos lares, estão orientados para um acompanhamento espiritual que não seja um assistencialismo religioso. A presença de uma Pastoral da Saúde diocesana e paroquial, exposta no capítulo III desta dissertação, seria um bom contributo para uma resposta individualizada e integradora de uma saúde holística ou integral.

4) Como é assumido e vivido o cuidado integral da pessoa idosa institucionalizada?

a) Há diferentes perspectivas sobre a vivência emocional, social e institucional da pessoa idosa?

Ao longo da nossa investigação procuramos explorar a perspectiva dos cuidadores, das pessoas idosas e da instituição, no sentido de perceber se haveria diferentes perspectivas, quanto à vivência emocional, social e institucional da pessoa idosa no lar de idosos. Assim, consideramos que os dados do *Estudo 2* oferecem-nos a perspectiva dos cuidadores e das pessoas idosas, enquanto que os dados do *Estudo 1* a perspectiva da instituição.

Na verdade, nesta investigação e nas perspectivas dos nossos participantes, não encontramos uma diferença acentuada de perspectivas quanto à vivência institucional da pessoa idosa. Tanto cuidadores, como pessoas idosas e instituição parecem concordar com muitas das problemáticas, dificuldades e alegrias experimentadas no lar de idosos.

No que respeita à identificação das perdas físicas, as pessoas idosas, cuidadores e instituição são unânimes em considerarem que as pessoas idosas institucionalizadas são uma população bastante envelhecida, com graves problemas de saúde e reduzida mobilidade física, aos quais a instituição tem procurado dar resposta disponibilizando técnicos e serviços no apoio à saúde. O mesmo acontece com as perdas sócio emocionais da profissão, dos bens materiais, dos filhos e das recordações do passado, referenciadas pelas pessoas idosas e cuidadores.

Relativamente à resposta às perdas identificadas, através das atividades desenvolvidas na instituição, encontramos a referência às mesmas atividades, tanto nos cuidadores como nas pessoas idosas. Na perspectiva destes atores as atividades mais desenvolvidas são: convívio ou a permanência na sala de convívio, passeios e caminhadas, trabalhos manuais, atividades religiosas (terço, eucaristia, oração pessoal), algumas atividades domésticas (cozinha, apoio à comunidade). No mesmo sentido, no *Estudo 1*, estas são as atividades com um maior número de sinalizações nas variáveis *algumas vezes* e *muitas vezes*. Assim, a nossa investigação manifesta que os cuidadores, a instituição e as

peças idosas têm a mesma perspectiva em relação às atividades desenvolvidas nos lares, atividades centradas na sala de convívio e atividades religiosas. Estas atividades, realizadas de forma permanente, e do mesmo modo, favorecem a criação de uma certa rotina e cansaço, desmotivando, por vezes, cuidadores e peças idosas (Guedes, 2007).

Quanto às tarefas realizadas pelo cuidador, as peças idosas e os cuidadores concorrem com as mesmas tarefas desenvolvidas, predominantemente pelo cuidador direto: limpeza dos espaços, animação cultural, higiene pessoal dos idosos e refeições. O mesmo poderemos dizer, no que respeita às atitudes do cuidador: honestidade, confiança gerada entre ambos e a liberdade no acesso a espaços que promovam o recolhimento e o silêncio. No que respeita aos espaços mais utilizados pelas peças idosas na instituição, também aqui as três perspectivas parecem estar em sintonia a capela, o quarto e a sala de convívio.

No entanto, também encontramos algumas experiências que são apenas perspectivadas por um dos atores desta investigação. Assim, apenas no discurso das peças idosas encontramos dados que nos falam das perdas sócio emocionais como: dos amigos, do convívio social, das tarefas domésticas, dos ministérios laicais exercidos na comunidade paroquial e da experiência de solidão. As relações sociais são um protetor da saúde mental, não só durante a vida dos indivíduos, mas tornam-se ainda mais significativas nas fases de maior vulnerabilidade (Fonseca 2004). Por outro lado, continua Fonseca, as redes sociais mudam de acordo com o contexto familiar, a institucionalização e a morte, alterando ou degradando estas redes sociais e dificultando a manutenção da saúde mental da pessoa idosa. A existência destas redes são a condição para assegurar a autonomia e um envelhecimento positivo dos idosos. A institucionalização, não deveria provocar a anulação destas redes sociais, ainda que elas venham a sofrer profundas alterações. O *Estudo 2* parece demonstrar que esta rede social, deixa de existir, talvez porque os cuidadores não percecionem esta realidade como perda para a pessoa idosa e, por isso, necessária no seu cuidado integral.

O mesmo acontece com algumas experiências negativas da institucionalização, que foram essencialmente observadas pelas peças idosas, como: a ausência de diálogo com o cuidador e entre idosos; o conflito com os idosos e de modo particular com a companhia

do quarto; o excesso de trabalho dos cuidadores; a rotina diária; a pouca atenção dada pelos cuidadores; a ausência de dinheiro agora usado para as despesas do lar e as saudades das suas casas e famílias. As pessoas idosas, parecem demonstrar que a relação pessoal cuidador e idoso é muito ténue e frágil. O cuidador ocupa-se de muitas tarefas, e por isso, a vida no lar é monótona e sem grandes conversas. Por outro lado, há uma atitude do cuidador para com o idoso institucionalizado que foi predominantemente valorizada pelas pessoas idosas, a alegria e a boa disposição com que o cuidador realiza as suas tarefas.

Quanto à perspetiva dos cuidadores, estes identificam a existência de uma certa revolta interior do idoso com a família e a institucionalização, o que inicialmente se manifesta na rejeição aos cuidados prestados pelo cuidador ou no ciúme entre idosos pela maior atenção dada a um em detrimento de outro. No que diz respeito às atitudes do cuidador para com a pessoa idosa, o diálogo embora tenha emergido em sete pessoas idosas, é realizado predominantemente pelo cuidador, utilizado, em algumas circunstâncias, como um bom exercício para revitalizar a memória do idoso para acontecimentos agradáveis do seu passado.

Por fim, observamos que, na Diocese de Lamego os lares de idosos dividem-se em cinco categorias conforme a sua natureza jurídica⁵². Por isso, moveu-nos a curiosidade de saber se o carisma institucional ou a natureza jurídica influenciaria no modo como são disponibilizados e realizados os serviços e atividades. Mesmo não sendo esta, uma questão primária à nossa investigação, no cruzamento dos dados do *Estudo 1* com a natureza jurídica das instituições, não encontramos diferentes perspetivas institucionais na dinâmica de funcionamento dos lares. Todas as instituições, independentemente da sua natureza jurídica, assinalaram serviços e atividades idênticos.

No *Estudo 2*, também não encontramos, no essencial, diferença de tratamento fundamentada na sua natureza jurídica, a não ser em duas circunstâncias concretas. Em quatro instituições, os cuidados de higiene das pessoas idosas são realizados predominantemente pelos cuidadores do género feminino e de uma forma aleatória, conforme o turno em questão. Enquanto que, na outra instituição, os cuidados de higiene

⁵² Associações de Solidariedade, Centros Paroquiais, Santa Casa de Misericórdia, Entidades Privadas e Institutos Religiosos (cf. Quadro 1).

peçoal das pessoas idosas, são realizados, quase sempre pelos mesmos cuidadores e no respeito pelo género da pessoa idosa. Cuidadores do género feminino cuidam de idosos do género feminino e cuidadores do género masculino cuidam do género masculino. Neste *Estudo 2*, também sentimos que as instituições de ereção canónica estão mais sensibilizadas para a presença da componente religiosa através de atividades diárias e com a presença regular do sacerdote.

Concluimos que a perspetiva das pessoas idosas, cuidadores e instituição, quanto à forma estrutural de funcionamento dos lares é muito idêntica, quando não coincidente. No entanto, a nossa investigação parece demonstrar algumas diferenças quanto à vivência emocional das pessoas idosas. Estes a exigirem que lhes seja dada uma maior atenção, para poderem partilhar as suas histórias de vida, desabafos e integrarem-se socialmente no lar. Os cuidadores, ainda que percecionem esta perda, centram-se nas tarefas e cuidados diários a realizar na instituição, empurrando o diálogo e o contacto personalizado para os momentos em que são prestados cuidados à pessoa idosa.

b) De que forma a relação cuidador / idoso reflete uma ética do cuidar?

No aprofundamento desta questão iremos considerar as subcategorias que refletem a existência de uma relação entre cuidador e idoso assente numa ética do cuidado. Assim, apresentamos este sistemas de subcategorias e a sua análise interpretativa

QUADRO 29

Ética do Cuidar

Código	Categoria	Descrição	Exemplo de dados
4.1.	Alteridade 10 fontes (5 cd / 5 id) 30 unidades de registo (21 cd / 9 id)	Codifica as unidades de registo que aludem à atitude ética de se colocar no lugar do outro ou ser capaz de aprender o outro na plenitude da sua dignidade. Respeitar o ser outro e ser diferente de mim.	<i>“Pois, é que me lembro, prontos, que eu de hoje amanhã sou, vou ser velhinha também espero que façam também por mim o que faço por eles.”</i> (Lar2_cd2F)
4.2.	Autonomia 15 fontes	Agrega os enunciados que indicam o respeito pela	<i>“Têm liberdade, sim, sim, sim se querem ir para o</i>

	(5 cd / 10 id) 117 unidades de registo (43 cd / 74 id)	autonomia, liberdade e opção de escolha da pessoa idosa.	<i>quarto vão, se quiserem ir até à vila vão.” (Lar2_id4F)</i>
4.3.	Compaixão benevolência 14 fontes (5 cd / 9 id) 33 unidades de registo (17 cd / 16 id)	Integra as referências que manifestem a atitude ética da compaixão e benevolência. Fazer bem, por amor e respeito pela dor do outro.	<i>“E eu acho que também faz parte do nosso trabalho não só fazer, porque faz parte das nossas funções, mas fazê-lo humanamente e fazê-los sentir que nós estamos aqui não como funcionárias, mas se calhar como os filhos, como os filhos emprestados, não é... e...” (Lar5_cd5F)</i>
4.4.	Cuidar 13 fontes (5 cd / 8 id) 62 unidades de registo (40 cd / 22 id)	Agrega todos os enunciados que revelem uma atenção global e continuada à pessoa idosa valorizando o seu ser vulnerável, único e irrepetível. Todos os cuidados físicos, psicológicos e espirituais integram a assistência respeitando os direitos e as necessidades da pessoa idosa.	<i>“mas... há coisas que não era capaz de fazer e elas fazem-no e nunca me deu ideia de que elas fizessem até grande sacrifício adaptam-se com muita facilidade e fazem-no com muito carinho e fazem-no com muito carinho.” (Lar3_id6F)</i>
4.5.	Curar 15 fontes (5 cd / 10 id) 54 unidades de registo (25 cd / 29 id)	Codifica as unidades de registo que indicam os procedimentos técnicos e especializados, tendo em vista somente a doença e com a finalidade principal de reparar os órgãos do doente idoso para se obter cura ou alívio da dor ou da velhice.	<i>“... fico admirado mesmo com isto, porque não podemos ter melhor. Mesmo até esta coisa de a L, a enfermeira, ter o cuidado de sempre socorrer os doentes, e estar pronta sempre para ajudar.” (lar1_id1M)</i>
4.6.	Dignidade humana 9 fontes (4 cd / 5 id) 32 unidades de registo (25 cd / 7 id)	Integra as referências que aludam à valorização da dignidade humana do idoso enquanto ser único. Todo o ser humano, por o ser, é o maior valor, assim também o é a pessoa idosa.	<i>“Iria exigir isso serem o mais profissionais possíveis naquilo que estão a fazer, porque estamos a lidar com pessoas.” (Lar1_cd1M)</i>
4.7.	Disponibilidade 9 fontes (5 cd / 4) 21 unidades de registo (13 cd / 8 id)	Agrega as verbalizações que indicam a atitude de disponibilidade do cuidador e de colocar o seu tempo livre ao serviço das pessoas idosas e da comunidade lar.	<i>“E para acordarem, mas depois à noite quando dá ou então à tarde, quando temos mais tempo que é mais parado, vamos para além e falamos com eles.” (Lar4_cd4F)</i>

4.8.	Justiça 9 fontes (5 cd / 4 id) 16 unidades de registo (10 cd / 6 id)	Integra as unidades de registo que aludem à atitude ética da justiça e da distribuição equitativa.	<i>“Não! Não, porque para, para compensar uma, tinha que recompensar todas, não é... e elas também não estão atidas a isso, elas estão a ganhar o delas. Não, não, não... eu não sou cá de engraxadelas.”</i> (Lar3_id6F)
4.9.	Proteção da vida provada 10 fontes (4 cd / 6 id) 31 unidades de registo (17 cd / 14 id)	Codifica as expressões que refletem a atitude ética de proteção e respeito pela vida privada e íntima da pessoa idosa.	<i>“Homens com homens... homens com homens, porque homens com mulheres aqui não, não porque em termos de funcionamento da instituição isso não é permitido.”</i> (Lar1_cd1M)
4.10.	Qualidade de vida 12 fontes (5 cd / 7 id) 36 unidades de registo (13 cd / 23)	Codifica os enunciados das referências à melhoria da qualidade de vida tendo em conta a noção da OMS de QV: a perceção dos indivíduos de que as suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade ou autorrealização, com independência do seu estado e saúde física ou das condições sociais e económicas (OMS, 1998).	<i>“Eu agora tenho tantos amigos que eu sinto, não deveria dizer senhor padre, mas eu sinto-me melhor do que se estivesse em minha casa.”</i> (Lar2_id4F)
4.11.	Responsabilidade 11 fontes (5 cd / 6 id) 28 unidades de registo (18 cd / 10 id)	Codifica as unidades de registo que indicam a atitude ética de responsabilidade que nos faz responsáveis pelo outro. O outro que pode ser um ser humano ou um grupo social. O outro que pode ser o nosso contemporâneo. O outro que pode estar doente, idoso e vulnerável.	<i>“levo, levo sim, é, é... depois, às vezes quando eu vou que está assim, estou sempre a ligar às minhas colegas, então com o é que ele está, como é que não está, estou sempre, é.”</i> (Lar2_cd2F)
4.12.	Vulnerabilidade 11 fontes (5 cd / 6 id) 36 unidades de registo (20 cd / 16 id)	Codifica os enunciados que se referem à atitude ética que torna aceitável a discriminação positiva em favor do mais fraco, a pessoa idosa.	<i>“porque sou uma pessoa que não vou à casa de banho sozinha, não é verdade.”</i> (Lar5_id10F)

Os nossos dados fizeram emergir as categorias: **autonomia**, **curar**, **cuidar** e **compaixão e benevolência** como as atitudes éticas que receberam maior número de fontes e de unidades de registo. A **autonomia** foi percecionada por todos os cuidadores e pessoas idosas do nosso *Estudo 2*. A autonomia é um dos quatro princípios clássicos da bioética mais referido nos cuidados de saúde, prestados a doentes ou as pessoas idosas institucionalizadas. Por isso, é um princípio fundamental não só para a realização de uma ética do cuidado, mas também no respeito ético pela liberdade da pessoa humana.

O princípio da autonomia obriga o cuidador a respeitar os valores e as opções pessoais de cada indivíduo. Por detrás da autonomia, estão problemas éticos como: o respeito pela decisão das pessoas idosas, a intimidade da sua vida nos lares de idosos e a proteção dos dados pessoais (Prat Puigdemolas, 2007, 2008). Na prática, o princípio de autonomia, deveria impossibilitar o recurso ao paternalismo entre o cuidador e paciente, isto é, impedir que o cuidador assuma como sua responsabilidade todo o cuidado da pessoa idosa, sem que este seja informado ou ouvido quanto ao modo como deseja ser cuidado. Prat Puigdemolas considera que o paternalismo é o problema bioético número um dos lares de idosos. Na nossa perspetiva, o paternalismo quando assumido pelos lares de idosos, aproxima-nos da conceção de “instituição total” de Goffman (cf. Barenys, 1992; Guedes, 2007), onde existem regras e um sistema de organização ao qual a pessoa idosa terá que se adaptar, sem se ter em conta a sua opinião. Considera-se que a pessoa está numa situação de vulnerabilidade ou dependência e, por isso, impossibilitado de consentir. O facto, é que até prova em contrário, toda a pessoa idosa é capaz de tomar as suas decisões, desde a sua institucionalização até aos cuidados ou tratamento que deseja receber. Neste sentido, a própria legislação portuguesa dita as normas para a realização do consentimento informado, esclarecido e livre, dado por escrito nas unidades hospitalares nas situações em que ele é obrigatório⁵³. Embora este consentimento informado escrito não seja obrigatório na admissão das pessoas idosas aos lares de idosos, ele deveria estar

⁵³ Cf. Norma da Direção-Geral da Saúde 015/2013 de 3 de outubro de 2013.

sempre presente, nos seus princípios orientadores, aquando a institucionalização da pessoa idosa⁵⁴.

Assim, o princípio bioético de autonomia, nos lares de idosos, assume duas perspetivas (Prat Puigdengolas, 2007). Por um lado, permite que a pessoa idosa consinta ou recuse, livremente e sem coação, os atos terapêuticos e assistenciais a realizar nos lares. E por outro, obriga a que instituição e cuidadores lutem pela independência e autonomia da pessoa idosa, isto é, proporcionar-lhe todas as condições necessárias para que este viva autónoma e livremente na instituição.

A nossa investigação parece demonstrar que os cuidadores respeitam o princípio da autonomia na generalidade das situações. No respeito pelo arranjo do seu quarto [e.g., “*A dormir e acordada (no quarto), se me apetecer acender um bocadinho a televisão acendo senão vou lá para o guarda fatos.*” (Lar2_id4F)]; nos cuidados de higiene [e.g., “*E tento-lhe fazer sempre tudo o que eles querem, por o cremezinho na cara que eles pedem, por o creme, prontos fazer tudo o que é da vontade deles... também penso, também gostava que de hoje à manhã que fizessem aquilo*” (Lar2_cd2F)]; na apresentação física e na opção pela roupa a vestir [e.g., “*Porque a gente, a gente pergunta-lhe, a gente pergunta-lhe se quer aquela, e ela diz sim ou não e a gente conforme ele gostar, a gente veste. É, porque às vezes... a gente pergunta sempre se gosta desta roupa, se é esta que quer, eles dizem sim ou não, é.*” (Lar3_cd3F)]; na administração do seu dia [e.g., “*Sim, sim, sim, temos aqui muitos que eles vão durante o dia a casa só para abrir e fechar janelas, para falar com as pessoas, vão até ao café.*” (Lar4_cd4F)]; no respeito pela opção religiosa [e.g., “*Não, não, podem ir à missinha, podem. Eu é que nunca fui. Quando andava com as canadianas não podia ir, com o andarilho agora ainda menos.*” (Lar5_id10F)]; no respeito pela intimidade e pela escolha de quem realiza os cuidados de higiene [e.g., “*Sim também temos, temos, é assim os que não querem, porque há idosas, que também temos aí funcionários aí a trabalhar não é, homens, e há já, olhe que eu não quero, prontos. A gente manda sempre, tem o cuidado de mandar sempre uma senhora porque, prontos. Para os senhores é a mesma coisa, mandamos os senhores e não as senhoras.*” (Lar2_cd2F)], e na opção pela

⁵⁴ A este respeito a Associação Portuguesa de Psicogerontologia considera num estudo efetuado que 12% dos idosos inquiridos conhecem idosos acolhidos numa instituição contra a vontade. Consultado em: <http://www.app.com.pt/idosos-obrigados-a-viver-em-lares-que-nao-querem> .

institucionalização [e.g., “*Há aqueles mais colaborantes. E isto porque é que ele foi mais colaborante? Porque ele mentalizou-se que vinha para um lar, ele próprio quis vir para um lar.*” (Lar1_cd1M)].

Os lares de idosos são lugares privilegiados de cura (*to cure*), onde se aliviam as feridas físicas de cada pessoa idosa. A grande maioria das pessoas idosas institucionalizadas possuem problemas de saúde, tornando-as dependentes e a necessitarem de tratamento e acompanhamento permanente. O cuidador é também um técnico da cura. A sua função exige conhecimentos técnicos e práticos para cuidar da pessoa idosa. Na nossa investigação encontramos dados que indicam que a função técnica da cura (curativos, sondas, algália) é realizada pelo enfermeiro com a colaboração dos cuidadores [e.g., “*Eu sou encarregada de serviços gerais, mas é acompanhar nas refeições dos idosos, na medicação, glicemias quando as enfermeiras não estão e assim, prontos.*” (Lar2_cd2F)]. Ao cuidador, estão ainda imputadas outras funções e que enquadrámos na categoria **curar**: alimentar os acamados, os cuidados de higiene, vestir, as mudanças de posicionamento, levantar e deitar. Esta é a função mais prática do cuidador e que ocupa grande parte do seu dia [e.g., “*Nós, pronto, tratamos deles desde manha até à noite, até à noite, desde o levantar, desde o dar banho, desde o dar de comer*” (Lar5_cd5F)], percebida pelos idosos como fundamental para a sua saúde [e.g., “*Estive muito mal, muito doente e ao pois melhorei graças a Deus, aqui assistem muito bem a gente, muito bem que, não há que dizer nada deles.*” (Lar3_id5F)].

O aspecto formal da cura, quando realizado de forma rotineira, repetitiva e profissional, distancia o cuidador da pessoa idosa, excluindo o humano da técnica e desumanizando o cuidado [e.g., “*A gente, a gente...é assim, eu já trabalho há nove anos, não é, isto para mim... eu já faço tudo de olhos fechados, é.*” (Lar3_cd3F)].

Na verdade, o trabalho nas estruturas geriátricas deve associar na mesma rede o *to cure* e o *to care* da língua inglesa, o domínio da técnica e o domínio relacional (Ferreira, 2005). O *to cure* enquanto se restringe aos aspetos formais e técnicos do tratamento e o *to care* relativo aos sentimentos e valores, cuidado, interesse, relação e compaixão. Se o primeiro exige saber, conhecimento científico e prática, o *to care* desenvolve-se no dia a

dia, na capacidade de nos aproximarmos, de mergulharmos na narrativa de vida do outro, do que sofre⁵⁵, na construção de virtudes éticas.

Os dados do *Estudo 2* demonstram que os nossos cuidadores assumem, ainda que não conscientes desta dinâmica, uma ética do cuidar. O seu modo de **cuidar** está voltado para a fragilidade da pessoa idosa, no meio de tantas dificuldade e afazeres diários, encontram espaço para contemplar o rosto do outro, *estar-com-ele* (Torralba, 2006), assumindo uma atitude de **disponibilidade** [e.g., “às vezes, se for preciso uma pessoa está, uma pessoa corre esse, está ali porque o utente está a necessitar de nós e nós estamos. Quando eles estão assim mais, mais debilitados, mas pensativos, mais preocupados.” (Lar1_cd1M)].

Nas palavras de Torralba (2006) cuidar não é só tratar das necessidades da pessoa idosa, mas dar a oportunidade para que a pessoa seja, desenvolva algumas das suas capacidades, evitando a tentação do paternalismo [e.g., “Ah... tratam muito bem sim senhor, são muito, muito atenciosas, muito, muito... gostam muito de conversar connosco e são muito atenciosas e gostam de fazer as vontades a todos, são muito atenciosas.” (Lar4_id7M)]. Cuidar é entrar dentro do doente [e.g., “Quer dizer todas essas preocupações vêm ao de cima e claro que eu depois percebo, quando eles não estão bem, não é. E... e eles gostam de desabafar, por exemplo, neste caso esse senhor gostou de partilhar comigo.” (lar1_cd1M)]. É ser capaz de tocar a sua dor física e sofrimento [e.g., “Ah sim, sim, sim isso há e isso acho que estamos muito bem servidas, isto é uma equipa muito boa. Muito carinhosa, elas são capazes, a mim não me fazem porque eu ainda não preciso e também não tenho muito de feitio, mas elas há aquelas pessoas que gostam de um beijinho, fazem uma festa, principalmente aquelas pessoas que já estão mais velhinhas, fazem e... estão sempre a ver porque é preciso isso.” (Lar3_id6F)]. Cuidar é escutar, deixar que a voz do outro inunde a vida do cuidador [e.g., “Temos, quando a gente vai os levantar, deitar... conversar com eles... temos, temos o que eles dizem, a gente está com

⁵⁵ Neste contexto Gineste e Pellissier (2008, p. 259-262) consideram que o *to cure* (tratar-curar) traz dois perigos: o primeiro, é o fazer crer que junto dos idosos o cuidador não tem qualquer poder, o que leva a um derrotismo terapêutico; e o segundo, é o do cuidador acreditar que possui um poder, que de facto não tem, criando a ilusão de que o bem do paciente só é possível graças a ele. Assim propõe um *to care* (cuidar), “*cuidar de uma pessoa é sempre ajudá-la a cuidar de si própria... cuidar das forças vivas da pessoa, de tudo o que é são nela e lhe permite resistir e lutar*”.

eles a tomar atenção aquilo que eles dizem, a gente também fala com eles a respeito disso.” (Lar2_cd3F)]. Cuidar é respeitar no idoso a sua vertente espiritual [e.g., “E... prontos e é como já lhe disse, nós temos cá idosas que... que não se deitam, mas não se deitam mesmo no sentido de nem sequer se sentarem na cama sem se benzerem e sem rezarem para acordarem bem ao outro dia...” (Lar5_cd5F)].

Cuidar é estar com o outro, (com)paixão, não no sentido de um olhar piedoso (Camargo Bub, 2005), mas na perspectiva de Pellegrino e Thomasma (2008) pôr-se no lugar do outro, sofrer com o que sofre, participar do seu estado de saúde e de Cortina (2009) o outro é uma continuidade do meu próprio eu. Também aqui a nossa investigação, revelou dados que manifestam que os cuidadores do nossos lares alimentam a virtude ética da **compaixão** [e.g., “*minha vontade chegava ali curava e tirava aquelas dores todas, se pudesse, custa-me depois vê-los a sofrer. Porque, depois, é assim é a idade uma pessoa ser idosa já é um sofrimento, já perde muitas capacidades, e depois juntar a isso mais feridas, doenças graves... isso é o que mais me custa, eu não puder fazer mais do que aquilo que faço, é isso é o que mais me custa.*” (lar1_cd1M) e “*Porque eu penso que é assim... eu acho, eles para mim é como se fossem da minha família, acho neles como se fossem os meus avós. Gosto deles. Aquilo que eu gosto mais é cuidar deles, prontos, e sinto que estou a cuidar da minha avó se fosse o caso.*” (lar3_cd3F)].

Cuidar do idoso não é arrastá-lo à força para um determinado fim, mas passear com ele, respeitando o seu itinerário e o seu ritmo (Torralba, 2009) [e.g., “... *deram-me sempre autorização para tudo eu estava, portanto estou num quarto sozinha, tenho a casa de banho sozinha que é o que eu pedia, dizia sempre ai meu Deus isso só se a desgraça fosse muito grande, portanto tenho o meu quarto, a minha casa de banho, os meus livros, o meu, meu croché, pronto tinha isso tudo.*” (Lar3_id6F)]. Cuidar é respeitar a **alteridade** do outro, o ser diferente de mim, a sua singularidade [e.g., “*Não vamos aqui julgar ninguém, não estamos aqui para julgar ninguém, estamos aqui para os respeitar enquanto utentes, enquanto experiências de vida que podem passar por nós e nunca julgar só pelo facto de que apareceu... “Ah fulano de tal fez isto, fazia aquilo, tinha X mulheres e tinha não sei quê”* (Lar1_cd1M)] a sua **dignidade humana** [e.g., “*Eh... prontos, um ser humano, de me lembrar assim, olha hoje é este senhor amanhã é a minha mãe, ou prontos.*” (Lar2_cd2F)].

Cuidar é promover a **qualidade de vida** naquele que envelhece [e.g., “*e uma pessoa quando chega a esta idade e chega ao lar eu acho que é assim eles merecem pela vida que tiveram e pro... proporcionaram aos filhos, terem uma vida boa com qualidade... um resto de vida boa.*” (La5_cdF)].

O princípio da justiça favorece a concretização de uma ética do cuidado. A **justiça** obriga a que o cuidador trate a todos por igual, sem discriminação da idade, do género ou da doença, assim como impõe uma distribuição equitativa dos recursos, protegendo as pessoas idosas mais necessitadas (Prat Puigdemongas, 2007). Reconhecemos que nas instituições geriátricas, pode existir uma tendência para privilegiar uns em relação aos outros, ou porque é mais simpático, está sempre pronto para dialogar, faz o que o cuidador deseja, não reclama (Guedes, 2007), ou simplesmente por uma inclinação natural e humana. No entanto, a nossa investigação parece demonstrar que apesar de existir algumas manifestações preferenciais, os cuidadores procuram tratar a todos de modo igual, com um olhar atento para os mais dependentes ou acamados [e.g., “*Nós são todos iguais e eu olho para eles de... é assim cada um deles me diz uma coisa diferente, mas eu olho para eles de maneira igual e eles pagam para serem estimadinhos e serem bem cuidados e até porque merecem isso.*” (Lar5_cd5F)].

Para a ética do cuidar há uma responsabilidade para com o outro, temos o dever de ajudar os outros, de tal modo que não podemos de o deixar de o fazer (Prat Puigdemongas, 2008). O cuidador é responsável pelo outro, não o ajudar, não cuidar dele, torna-o imoral. Os cuidadores da nossa investigação salientaram que há pessoas idosas que, pela sua **vulnerabilidade** provocada pela doença e sofrimento, necessitam de mais cuidados, [e.g., “*Pronto há idosos que a gente precisa mais de atenção de que outros, pelo menos os acamados a gente tem mais atenção do que... um que ande, não é...*” (Lar3_cd3F)].

No entanto, o próprio cuidador é vulnerável, o que cuida também requer cuidados (Torralba, 2009). Cuidar do cuidador passa por o ajudar a adquirir virtudes e qualidades que o ajudem a estar mais próximo daquele que sofre. A nossa investigação parece demonstrar que este aspecto tem sido descuidado pelas instituições, manifestado pelos cuidadores através da ausência de formação técnica e bioética [e.g., “*Eu acho que se às vezes tivéssemos formação para isso eles às vezes dizem-nos cada coisa que nós não*”

estávamos preparadas logo para responder.” (Lar4_cd4F)]. As pessoas idosas também perceberam esta fragilidade quando lhes perguntávamos sobre as qualidades humanas necessárias para se ser um bom cuidador, reforçando como importantes as virtudes éticas e morais. [e.g., “Olhe as qualidades que penso que estas que também as vivem, sei lá, portanto honestidade sobre todos os aspectos, acho que isso é primordial, heee... carinhosas, atenciosas, minimamente inteligentes, não é, para poderem aperceber-se das coisas, facilidade de adaptação, não é, adaptação ao trabalho e aos doentes, sei lá mais que seria preciso... pronto... carinho, amizade, e acho que... e foi como digo formação moral é... que acho que é o principal.” (Lar3_id6F)].

Concluimos esta questão afirmando que temos a consciência de que a realidade diária dos nossos lares está longe da perfeição de uma ética do cuidar. No plano humano jamais se alcançará essa perfeição, até porque todos somos vulneráveis. No entanto, há vestígios, sementes de esperança, que nos fazem acreditar que os lares de idosos são uma oportunidade para cuidadores, instituições e pessoas idosas unirem a cura à arte de cuidar. Nesta intimidade do curar e do cuidar, nasce a necessidade de humanizar os nossos cuidados geriátricos, porque tanto o curar como o cuidar também se adquirem, aprendem-se e humanizam-se. A tendência natural é para se ter espaços limpos, organizados com todos os meios técnicos e de apoio, com segurança e vigilância, atolados de excessiva burocracia, mas que não são suficientes para cuidadores e técnicos lidarem com alguns problemas bioéticos e com questões sociais, subjetivas e religiosas de muitos das pessoas idosas. Neste processo todos os cuidadores (estruturas diretivas, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, fisioterapia...), e no dizer de Gafo (1996), “*necessitam de aprender a compaixão, a recuperar a piedade e a ternura, que existia nos princípios da humanidade – nos primeiros túmulos construídos pelo homem – e dos quais nasceu a medicina... ir até à cabeceira do doente para ali aprender a doença*” (p. 24-25). Aproximar e inundar-se da sua história de vida a transvazar experiências, numa abertura à esperança e à transcendência. A pessoa idosa exige amor, disponibilidade, benevolência, paciência e diálogo. “*A competência científica e profissional não chega, ela exige também uma participação pessoal nas situações concretas de cada doente*” (Carta dos profissionais da saúde, 1995, nº2). Deste modo, torna-se urgente continuar este projeto de “*dar alma*”

(Stellin, 2008), vida, sentido aos nossos lares de idosos, promovendo e valorizando a ética do cuidado com o contributo mais efetivo da Bioética e da Pastoral da Saúde. Aquele que necessita de cuidado não espera apenas um tratamento adequado, *“mas o apoio humano de um irmão, que saiba comunicar-lhe uma visão da vida, na qual encontre sentido também o mistério do sofrimento e da morte. E onde, senão na fé, poderia ser obtida tal pacificante resposta aos supremos interrogativos da existência?”* (João Paulo II, 1982, nº 6).

c) De que forma as estratégias e ações dos cuidadores manifestam o cuidado integral?

Ao longo desta investigação procuramos refletir que a arte de cuidar envolve duas grande componentes: a competência e a relação (Bermejo, 2007). A competência requer conhecimento fisiológico, técnico e científico para que se possa cuidar de cada uma das partes do corpo humano (pés, mãos, cabeça...). Por sua vez, o cuidado relacional, requer a competência, a cumplicidade pessoal, a sensibilidade, a confiança, o *ethos* profissional. O serviço social prestado nos lares de idosos deve assumir, no seu plano de ação, estas duas componentes do cuidar, concretizadas através da humanização dos cuidados. Humanizar, na linguagem de Bermejo, passa por dotar as instituições e cuidadores de competência técnica, relacional, bioética, espiritual, eficácia, eficiência e gratificação pessoal. Esta humanização gera um cuidado integral, envolvendo o cuidador na promoção de todas as dimensões da pessoa humana, dimensão biológica e física, intelectual, social, emocional, espiritual e religiosa (Bermejo, 2007). Quando o cuidador está preocupado com o cuidado integral da pessoa idosa, devolve-lhe a saúde integral, oferece-lhe uma cura que vai além da dor física e da solidão.

A nossa população idosa enquadra-se na quarta idade, com graves problemas físicos e de saúde, que os impede de realizar tarefas e atividades de forma autónoma. Esta limitação não deve ser condição para que se objetive a impossibilidade de fomentar um envelhecimento de qualidade nos lares de idosos, que tenha em conta o apoio familiar, os cuidados de saúde, os serviços sócio-religiosos, a auto estima, a capacidade de ser

autónomo, o bem estar psíquico, a boa disposição, a vontade de viver e o modo como se preparam para o fim de vida (Costa, 2005).

Os lares de idosos da nossa investigação manifestaram, na perspectiva dos cuidadores e das pessoas idosas, que estão preocupados com o cuidado integral das pessoas institucionalizadas, através do seguinte modo:

i) A insistência na valorização dos cuidados de saúde, promovidos pela presença de cuidadores técnicos (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, educação física...), ajudam a que a pessoa idosa, mantenha os seus níveis de autonomia física. Os próprios cuidadores, através dos cuidados de higiene contínuos e diários, na escolha das roupas e no acompanhamento aos mais dependentes, permitem à pessoa idosa manter a sua própria identidade na fragilidade de um corpo decadente. O corpo têm uma linguagem, o corpo comunica, o corpo identifica a pessoa e integra-a numa comunidade. Cuidar do corpo da pessoa idosa, lavar as suas feridas e hidratá-lo é um ato de dignidade, é reconhecê-lo como pessoa. O cuidador ao cuidar da dimensão física e biológica da pessoa idosa dá o primeiro passo para que se cuide de todas as outras dimensões da pessoa humana.

ii) Acompanhar a pessoa idosa de modo integral é gerar saúde mental (Bermejo, 2005). O *Estudo 2* revelou que algumas pessoas idosas sofrem de patologias psíquicas (demência, Alzheimer, depressões...) e que estas são também causas da sua institucionalização. Cuidar da saúde mental da pessoa idosa não é só cuidar destes doentes, mas também cuidar do bem-estar psicológico, da avaliação que a pessoa faz da sua vida, da relação com o seu passado e amigos, do modo como interpreta a realidade, das suas ideias e teorias (Fonseca, 2004). No nosso *Estudo 2* encontramos cuidadores que valorizam as histórias de vida da pessoa idosa, absorvem os ensinamentos sábios partilhados pelos mais velhos e disponibilizam-se para escutar os seus desabafos. No entanto, há aspectos desta dimensão psíquica que não estão a ser cuidados como: a ausência da família, a mediação dos conflitos, a estimulação cognitiva para os utentes com patologias psíquicas e a motivação para atividades socialmente úteis.

iii) Envolver a pessoa idosa em sentido integral, implica promover a saúde social e relacional. A saúde relacional acontece em duas perspetivas, na relação consigo mesma, sentem-se em paz e serenamente, e na relação com os outros, quando experimenta a

ternura, o equilíbrio e vive o contato corporal de maneira pessoal e positiva. Viver a saúde relacional e social é reconhecer-se interdependente, nem exclusivamente dependente nem plenamente independente. Todos somos interdependentes, dependemos uns dos outros, porque vulneráveis (Bermejo, 2005).

Os cuidadores, participantes do nosso *Estudo 2*, através do diálogo, confiança, honestidade, na dinamização das atividades de convívio e nos momentos de convívio com a comunidade exterior, promovem a saúde relacional e social. No nosso *Estudo 2* encontramos dados que salientam que os cuidadores procuram serenar alguns momentos de tristeza e de saudade causados pela perda dos seus bens, família ou convívio social. Respeita-se a liberdade de opção e de movimento dentro da instituição e fora desta. As pessoas idosas, com autonomia, podem deslocar-se para outros espaços do lar ou para o exterior. Embora o tempo do cuidador seja limitado, há uma relação de proximidade com a pessoa idosa, abraçando-o e acarinhando. As pessoas idosas assinalaram pela positiva a qualidade dos cuidados que lhes são prestados. Mas também aqui encontramos algumas fragilidades, a relação social e intergeracional está ausente do cuidado integral das pessoas idosas. Na nossa investigação não encontramos dados que demonstrem contacto ou convívio com as gerações mais jovens.

iv) Do mesmo modo, acompanhar o cuidado integral das pessoas idosas supõe gerar saúde emocional. Bermejo (2010) considera a saúde emocional como um instrumento responsável pelos sentimentos, reconhecendo-os, dando-lhes nome, aceitando-os, integrando-os e aproveitando a sua energia ao serviço dos valores. Uma pessoa emocionalmente sã controla os seus sentimentos de maneira assertiva e afirmativa.

Gineste e Pellissier (2008) consideram que a dimensão afetiva está no cerne dos nossos sentimentos, das nossas relações, das nossas ações. “*Experimentar, sentir, dor ou alegria, prazer ou tristeza, comunicar pelo nosso olhar, pelos nossos gestos, pelo nosso sorriso, pelo nosso corpo, partilhar por uma simples presença, mesmo silenciosa, um instante do presente...*” (p. 181-182). Tudo isto é partilhado entre pais e filhos e, para os autores, pode igualmente ser partilhado com as pessoas idosas institucionalizadas, mesmo as que se encontram mais debilitadas física e psiquicamente.

Os lares de idosos, como espaços comunitários, são lugares próprios de sentimentos e de emoções. A institucionalização forçada, pela doença ou pela incapacidade de resposta da família, provocam sentimentos contraditórios nas pessoas idosas, isolamento, recusa aos cuidados, tristeza, revolta... Nesta fase é necessária a sensibilidade do cuidador. Na nossa investigação encontramos cuidadores que estão atentos a estes vestígios, promovendo um diálogo, ganhando-lhes a confiança justificando a sua institucionalização. Os próprios cuidadores transmitiram os seus sentimentos perante a impotência para aliviar a dor e o sofrimento das pessoas idosas ou no momento da sua morte. As pessoas idosas salientaram a alegria, o carinho e a relação afetiva e próxima como atitudes positivas da relação entre cuidador e a pessoa idosa.

Mas também aqui há um caminho por construir. Na nossa investigação encontramos referências a comportamentos agressivos em pessoas idosas atingidas por “*síndromas cognitivo-mnésicos*”⁵⁶, provocando algum mal estar entre cuidadores e idosos. Nem sempre os cuidadores têm a formação necessária, apesar de um esforço individual, para responder a estas reações e situações anormais, cada vez mais comuns nas nossas instituições [e.g., “*Sim, sim principalmente com aquele dois utentes que eu já falei que são assim um bocadinho agressivos, um tem trauma de guerra e o outro tem uma doença assim muito esquisita. A... prontos é assim nós tentamos dizer... nós não podemos ser violentas, não podemos... mas temos que mostrar que nós não temos medo e que temos que impor uma regra.*” (Lar5_cd5F)]. Talvez aqui fosse urgente uma intervenção mais estruturada, política e socialmente, que permitisse um acompanhamento especializado e individualizado às pessoas a necessitar de institucionalização com “*síndromas cognitivo-mnésicos*”.

iv) Por fim, cuidar da pessoa idosa institucionalizada significa gerar saúde espiritual. Na conceção de Bermejo (2007, 2010) a saúde espiritual passa pela consciência de ser transcendente, conhecimento dos próprios valores, gestão saudável da busca de sentido, adesão ou não a uma religião libertadora e humanizadora e que não origine medos, escravidões e sentimentos de culpa doentios.

⁵⁶ Expressão usada pelos autores Gineste e Pellissier (2008) para se referirem a doenças como: Alzheimer, Parkinson, demências, traumas de guerra, AVC...

Na idade da velhice, a fé e a relação com o transcendente transforma-se. Recorre-se ao silêncio e as manifestações religiosas são mais simples, dá-se um encontro com a sua própria existência, avalia-se a sua vida e confia-se no amparo de Deus (Gün, 2011).

A nossa investigação revelou que todas as instituições, à semelhança da saúde física, estão preocupadas com a saúde espiritual e religiosa das pessoas idosas. As diversas atividades, celebração da eucaristia, terço, presença do sacerdote, manifestam a presença de uma fé centrada na Igreja Católica, muito presente nas gentes da Diocese de Lamego. Apesar desta predominância religiosa, respeitam-se as crenças e expressões de fé de cada pessoa idosa.

No entanto, consideramos que este acompanhamento necessita de uma revitalização, que passe de uma pastoral puramente assistencialista a uma pastoral de acompanhamento, de relação e de ajuda, promotora de uma saúde integral. De uma Pastoral isolada, sob a responsabilidade do padre, para uma pastoral comunitária. A ação Pastoral da Saúde, nos lares de idosos, deve estar atenta e preocupada com as pessoas idosas e com os seus cuidadores. A Pastoral da Saúde não deve ficar reduzida aos sacramentos, mas envolver-se no tratamento e na promoção da saúde, num respeito pela pessoa humana e na defesa de uma qualidade de vida, mesmo em fim de vida. Uma Pastoral que divulgue, anuncie e humanize através valores éticos universais: dignidade, liberdade, igualdade e o respeito pela vida. Uma pastoral produtora de unidade, estruturada com um plano diocesano e paroquial. Uma Pastoral geradora de vida, de saúde e de salvação.

Conclusão

O envelhecimento é um novo desafio ético das sociedades contemporâneas. O aumento da esperança média de vida, o encanto de se poder viver mais anos e o medo de se chegar a velho, tornando-se um peso e em algo de inútil, envolvem-se num conflito interno derramando uma questão essencial, o que fazer com as pessoas idosas dependentes, sem suporte familiar, com manifestação de “*síndromas cognitivo-mnésicos*” e a necessitar de cuidados? De entre as várias soluções apresentadas e refletidas pelos diversos quadrantes da sociedade, da política à economia, da medicina à bioética, da educação à investigação, envolveu-nos a preocupação pelo cuidado integral das pessoas idosas a viver nos lares de idosos da Diocese de Lamego.

Os lares de idosos continuam a ser interpretados com uma conotação estereotipada. Apresentam-se como a última alternativa para acolher aqueles que muitos rejeitam, a solução mais adequada para os familiares, o lugar para aliviar e curar as feridas abertas pela degradação do tempo e da doença e a resignação de que se chegou à última etapa de vida da qual não há retorno.

Ao chegarmos a esta fase final da nossa investigação, inunda-nos a convicção de que são mais as perguntas do que as respostas, são mais as interpelações do que propostas, são mais as provocações do que as soluções para a vivência de um cuidado integral ou de uma ética do cuidado. No entanto, recusamos acreditar que os lares de idosos se tornem num “*deslugar*” (Silva, 2012) para viver, isentos de humanidade e de compaixão, centrados apenas na manutenção de uma vida, cada vez mais vulnerável. Os lares de idosos são uma oportunidade para cuidadores, pessoas idosas, sociedade, família e Igreja revelarem o seu grau de humanidade, de serviço e de entrega ao outro. Os lares são espaços de esperança para rostos marcados pelo isolamento, solidão e sofrimento. Os lares são lugares privilegiados para a prática das virtudes éticas da solidariedade, da justiça, do respeito pela vida, da competência, da igualdade, da escuta, da paciência e do amor. Os lares de idosos são escolas de vida onde se cruzam experiências, identidades, histórias, ensinamentos sábios, valores, aptidões e beleza que urge valorizar e dignificar. Os lares de idosos são caminhos abertos ao transcendente, onde cada pessoa é um mistério e uma

dáviva que nos convida ao exercício da arte de cuidar, devolvendo-lhe uma saúde-salvífica.

No encaço desta convicção, de que os lares de idosos são uma oportunidade, sentimos que, apesar de comprovarmos empiricamente que existe uma preocupação pelo cuidado holístico dos idosos institucionalizados, caracterizado pelas atividades, atitudes e tarefas dos cuidadores e instituições, ainda há um longo percurso a realizar para que estas estruturas residenciais sejam dinâmicas e impulsionadoras de um cuidado integral, comprometidas com uma ética do cuidar.

Os resultados obtidos através dos dois estudos realizados, a fundamentação teórica, assim como todo o tempo e esforço despendidos na presente investigação, e que agora terminamos, conduzem-nos a que apresentemos alguns pressupostos práticos do contributo bioético da vivência de uma Ética do Cuidar, com o apoio da Pastoral da Saúde.

1) *A pessoa idosa é uma pessoa humana e com dignidade.* Fonseca (2008), citando um estudo de Novo (2003), refere que a autora considera como a maior dificuldade para aquele que envelhece, é poder continuar a ser visto como *pessoa humana*, embora velha. Este risco agudiza-se nas pessoas a viverem em lares de idosos. As pessoas idosas institucionalizadas são pessoas com um elevado grau de dependência e com graves problemas de saúde, o que não as impede de possuírem um valor intrínseco. Não são um meio, são um fim em si mesmas. Não são objeto de lucro pelo emprego que proporcionam, são seres humanos, vulneráveis e a necessitar de cuidado. Considerar uma pessoa idosa, acamada ou sem mobilidade física, apenas como um ser que vive porque é alimentado e tratado é um reducionismo ético que deve ser evitado. Todos devemos reconhecer na pessoa idosa um valor único expresso pela sua inteligência, liberdade, consciência moral, sabedoria e vida. As limitações das suas capacidades, físicas e psíquicas, não lhe retira a sua essência ontológica de ser uma pessoa humana e com dignidade, em tudo igual a uma criança, jovem ou adulto. O reconhecimento da sua dignidade e da sua igualdade com todos os outros seres humanos, exige que se cuide da pessoa idosa com respeito e humanidade, dando assim sentido prático à abordagem reflexiva da Bioética.

Ao mesmo tempo, a dignidade da pessoa idosa, para os crentes, radica no facto de ser criada à imagem e semelhança de Deus. A filiação divina de toda a pessoa compromete-nos com a defesa da vida, envolve-nos no projeto salvífico de Cristo e responsabiliza-nos pela pessoa idosa enquanto carne da mesma carne, osso do mesmo osso (Cortina, 2009).

2) *O lares de idosos são lugares de esperança.* A nossa investigação revelou algumas fragilidades com a institucionalização das pessoas idosas: uma institucionalização forçada pelos problemas de saúde associados à incapacidade ou ausência da família para oferecer cuidados de qualidade, a rotina diária e algum distanciamento entre cuidador e a pessoa idosa. No entanto, também identificámos marcas de humanização: a qualidade e a diversidade de serviços de saúde, as relações de proximidade criadas ao longo do tempo entre cuidador e a pessoa idosa, os atos de solidariedade interpares, o respeito pela autonomia e dignidade humana da pessoa idosa e a alegria por se sentirem bem cuidados, são algumas razões que nos fazem acreditar que estão construídos os primeiros alicerces para uma ética do cuidado. Na sua essência encontramos cuidadores e instituições preocupados com os seus idosos, que lutam diariamente, apesar das suas dificuldades, para proporcionar os melhores cuidados. Na verdade, radica nos seus corações a convicção de que a pessoa idosa pode ser também um seu familiar, que está fragilizada, longe das suas coisas e da sua família e que necessita de ser cuidada. Estas são as sementes de esperança, que nos fazem acreditar, na construção de um *ethos* profissional do cuidador. Há uma vontade firme para se cuidar bem, para se ser tecnicamente bom, para abraçar a sua missão (com)paixão, para devolver à pessoa idosa razões para viver. Este desejo comum nos cuidadores para fazer bem e melhor, deve ser interpretado como um desafio para que, a Pastoral da Saúde, as comunidades, as estruturas políticas, a Bioética e as próprias instituições, encontrem caminhos comuns que favoreçam e promovam ainda mais uma humanização do cuidar.

3) *Paradigmas bioéticos para uma Ética do Cuidar*. O cuidado da pessoa idosa deve transpor as barreiras sólidas do lar e entrar nos umbrais da comunidade e da família. Cuidar é um ato que tanto atravessa o mundo do lar, como o mundo fora do lar. Assistimos, pela nossa investigação, que nem sempre a família e a comunidade se envolve no cuidado dos seus idosos institucionalizados. Há como que uma desresponsabilização social pelo seu cuidado, delegando-o totalmente nos lares de idosos. As famílias e as comunidades devem ser convidadas e envolverem-se no cuidado dos seus idosos institucionalizados, a partilharem as histórias de vida, o sentir e o viver, de forma a que se respeite a autonomia e a tomada de decisão do idoso no presente e no futuro.

O cuidar é um processo autorreflexivo e criativo. O cuidador deve exercer a autocrítica, colocar-se no lugar do outro, avaliar se aquela é a forma como ele próprio gostaria de ser cuidado. O cuidador é ator, mas também um espectador. Intervém, cura e cuida, mas também recebe resposta ou interpelações para aperfeiçoar o seu cuidado. Nesse sentido cuidar é uma arte e o cuidador tem que ser criativo, cada pessoa idosa é única, cada fragilidade é diferente e exige uma adaptação e uma criatividade constante para nos aproximarmos da pessoa idosa, gerando vida, qualidade, dignidade e liberdade.

Cuidar tem uma dimensão comunicativa, oral e gestual. Cuidar não é uma relação virtual ou à distância. Através do cuidar comunicam-se experiências e sentimentos. No cuidar tudo é comunicação, o corpo, as mãos, o olhar, o cheiro, o toque. Cuidar implica comunicar e saber ouvir para agir, aproximando-nos da pessoa idosa. Cuidar sem diálogo, sem compreender a vida do outro e sem fazer uma leitura dos gestos e expressões comunicadas, é reduzir o cuidado à expressão mais técnica da cura.

Cuidar é uma atitude ativa e não de resignação. Cuido porque me faço próximo, provoço diálogo, entro com respeito no sofrimento do outro. O cuidador deve, por isso, promover atividades, ações e tarefas diversas que envolvam a pessoa idosa com a comunidade, com os restantes idosos e com o próprio cuidador. Atividades estas que devem ir ao encontro das necessidades, limitações e vontades da pessoa idosa. Cuidar é motivar para a *arte de envelhecer* (Grün, 2011) tornando o envelhecimento uma bênção, uma dádiva.

Na arte de cuidar, o cuidador é um mediador de saberes, experiências de vida, dissoluções e alegrias, entre o idoso e a instituição. O cuidador, porque exerce a sua função num contacto muito íntimo com a pessoa idosa, sente e ouve as inquietações, as dores e as esperanças do idoso, deve, por isso, num respeito pela liberdade e confidencialidade, ser um mediador entre os desejos da pessoa idosa e as regras impostas pela instituição. Esta partilha de vontades, aumenta a qualidade de vida da pessoa idosa e torna a vivência do lar menos penosa.

4) *Desafios institucionais à vivência de uma ética do cuidado.* A vivência de uma ética do cuidado implica novos desafios e uma vontade firme para alterar os padrões clássicos do cuidar.

As pessoas idosas institucionalizadas reforçaram como perdas a ausência das suas casas, das suas terras, do contacto e das relações sociais construídas ao longo da sua vida. Com a institucionalização assistem a um corte destas relações, por isso, os lares, têm aqui um novo desafio, serem continuadores do ambiente familiar e social vivido pelas pessoas idosas. Na sua maioria, as instituições da nossa investigação, encontram-se edificadas em zonas idênticas às terras de origem das pessoas idosas, o que facilita a construção de um ambiente original das pessoas idosas, que deve ser fomentado e continuado, à semelhança de algumas instituições, pelos arranjos dos espaços, as atividades domésticas e agrícolas e pelas relações familiares criadas na instituição.

Nos lares de idosos encontramos pessoas idosas com diferentes idades, dependências e dificuldades. O grupo mais vulnerável é a quarta idade com uma elevada probabilidade de diminuição das suas capacidades globais e com reflexos nos recursos da mente humana como a intencionalidade, identidade e o controlo psicológico (Baltes & Smith, 2003). A presença deste tipo de doentes exige um cuidado especializado nem sempre conseguido com as múltiplas tarefas do cuidador, permanecendo estes idosos no mesmo espaço que as restantes pessoas idosas, a repetir, vezes sem conta, as mesmas palavras e gritos. Sem querermos aumentar o número de instituições, embora consideremos que em algumas zonas fosse necessário, talvez se pudessem reorganizar as valências de

algumas instituições, transformando-as em estruturas mais capazes e especializadas para acolher e cuidar deste tipo de doentes idosos.

Na nossa investigação comprovamos uma ausência de referências intergeracionais. Os lares devem ser comunidade abertas que convidam as escolas, associações juvenis ou recreativas e voluntários a interagirem com os lares provocando um contacto entre várias gerações e desenvolvendo atividades e projetos diferentes.

Um outro desafio é a criação de parcerias interinstitucionais. A nossa experiência tem identificado um certo modo individualista de viver das instituições de solidariedade social. Existem muitas entraves à criação de parcerias entre instituições com o mesmo fim, talvez com o receio de se perderem alguns “*clientes*”. A partilha de formações e suas temáticas, de técnicos especializados, de experiências ou atividades e de recursos humanos e físicos abriria a comunidade lar ao exterior e tornaria possível um envelhecimento bem sucedido, mesmo em idosos institucionalizados. Ações idênticas ao *Projeto D’AVÓ With Love*⁵⁷ tornam as comunidades vivas, responsabilizam a comunidade civil, as empresas, as famílias e as diversas gerações no cuidar dos seus idosos.

Por fim, consideramos ainda como desafio institucional as seguintes fragilidades identificadas na nossa investigação: o excesso de trabalho dos cuidadores, a insuficiente formação técnica e bioética e a precariedade de emprego. Reconhecemos que a limitação dos recursos financeiros, na maioria das instituições de solidariedade, e as possíveis opções políticas, a serem tomadas ao apoio social, favorecem a continuidade destas fragilidades e dificultam a vivência de uma ética de cuidado. No entanto, acreditamos que, através da reflexão teórica, da criação de parceria e na partilha dos recursos existentes, estas fragilidades se transformem em oportunidades contribuindo para uma humanização do cuidar de pessoas idosas institucionalizadas.

⁵⁷ O projeto *D’AVÓ With Love* nasceu no seio do movimento cívico e solidário Dishmob, em Braga, em Outubro de 2015. O objetivo é organizar empresas em vários setores em torno de uma causa solidária. Tem como principais atores a indústria têxtil, as pessoas idosas e as crianças necessitadas, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e a transformação de fronhas em vestidos para crianças necessitadas. Atualmente colaboram neste projeto 19 lares de idosos. Consultado em: <http://www.webraga.pt/davo-with-love/>.

5) *Uma Pastoral da Saúde promotora de saúde*. Esta é uma das conclusões górdias da nossa investigação, na qual se atualiza o contributo bioético para uma perspetiva alargada da Pastoral da Saúde. Todo o ser humano possui uma dimensão que o faz estar aberto a uma realidade que o transcende e, por isso, merece um cuidado baseado nesta dimensão espiritual. A pessoa idosa é sensível à prática religiosa e vive este chamamento na expectativa e em preparação para a *vida eterna* (Férez, 2005). A nossa investigação comprovou uma preocupação e um respeito, das instituições e cuidadores, pela dimensão espiritual e religiosa das pessoas idosas. No entanto, consideramos que a Igreja deve ter um papel mais interventivo, disponibilizando meios e recursos que ajudem à vivência do cuidado integral e de uma ética do cuidado. A presença da Igreja, por direito próprio, em 60% dos lares de idosos da Diocese (Santas Casas de Misericórdia e Centros Sociais Paroquiais), não deve ficar reduzida à assistência religiosa prestada às pessoas idosas. A evangelização passa também pela promoção da saúde, pelo encontro com as pessoas idosas, cuidadores e instituições.

Assim, consideramos que a Igreja, através de uma Pastoral da Saúde organizada na diocese e nas paróquias, deve imprimir dinâmicas que não sejam apenas para a realização de uma pastoral dos doentes, dos lares, dos hospitais ou sacramental, mas uma pastoral da saúde que vise o homem na sua totalidade. Uma Igreja com uma pastoral preocupada com os sãos, as pessoas idosas, os jovens, com os cuidadores formais e informais, com as instituições de solidariedade, as famílias, com as comunidades ou voluntários e com todos os serviços de saúde que atuem no tratamento ou na promoção da saúde. Uma pastoral que assuma a saúde integral da pessoa humana em todas as suas dimensões biológica, psicológica, sociológica, cultural, espiritual e religiosa.

Uma Pastoral da Saúde voltada para a humanização, evangelização e sacramentalização (Feytor, 1999). Humanizar, criando-se grupos de trabalho pluridisciplinares que promovam a formação bioética, espiritual e humana das instituições e cuidadores; a reflexão dos problemas éticos na assistência às pessoas idosas em lares de idosos; na defesa da liberdade, autonomia e dignidade da pessoa humana; na integração da família nos cuidados de assistência aos seus idosos institucionalizados e na promoção de uma ética do cuidar que privilegie a saúde para todos as pessoas idosas e cuidadores.

Evangelizar todos os que se sintam chamados a um projeto de vida comprometido com os valores e da Fé cristã (idosos, cuidadores, família...). Evangelizar, dando a conhecer o rosto amoroso de Deus que acolhe os doentes, os pobres, os idosos e os cuidadores. Evangelizar, anunciando a Boa Nova de Jesus que traz para cada homem e mulher um projeto de salvação. Evangelizar, abrindo os corações à graça do Espírito Santo. Evangelizar prestando apoio espiritual à pessoas idosas e cuidadores, iluminando e elucidando os medos, receios ou dúvidas que inundam o mundo da doença e da saúde. E, celebrar os sacramentos, da Reconciliação, da Eucaristia, da Unção dos doentes como uma manifestação clara de conversão e da celebração da Fé em Jesus Cristo.

Uma Pastoral da Saúde que crie unidade, que interpele as comunidades e que desafie as instituições a um cuidado cada vez mais humano. Uma Pastoral da Saúde que revele uma nova e saudável imagem da Igreja, materna, acolhedora, a transbordar, para todos os lados o Amor Misericordioso de Deus.

Por fim, concluímos com três reflexões que surgem no final deste ousado, penoso e reconfortante percurso de investigação. Em primeiro lugar, consideramos que os lares de idosos são uma das resposta sociais que a sociedade dispõe para acolher as pessoas idosas. Não são a única resposta. Não são a melhor resposta. Nem a pior. Os lares de idosos são a resposta oportuna para aquela situação específica e concreta. A institucionalização, de qualquer pessoa idosa, deve ser dialogada, refletida, comunicada num ambiente pleno de liberdade e no contexto familiar. Institucionalizar um pai, uma mãe pode trazer o peso amargo de não ter sido capaz de devolver o amor àquele de quem tanto se recebeu. Cuidar de um pai ou de uma mãe, a necessitar de cuidados permanentes e em fase terminal da vida, pode levar à exaustão da família, à quebra de laços matrimoniais, à perda da serenidade e a uma revolta interior por não se conseguir abraçar tudo, nem de oferecer qualidade de vida ao nosso familiar. Estas são decisões difíceis, assumidas e vividas por cada família e de modo diferente. Só num diálogo verdadeiro, honesto e de compromisso familiar se pode tomar a melhor decisão, oferecendo à pessoa idosa a oportunidade de viver um fim de vida saudável e de qualidade.

Em segundo lugar, embora a nossa investigação se tenha voltado para a idade avançada, o âmbito da Pastoral da Saúde atinge todas as idades e todos os momentos da vida. Os lares de idosos podem ser o princípio ativo para uma dinamização pastoral mais alargada. À volta dos idosos, podem-se aglomerar outros sectores da pastoral: vocacional, catequese, juvenil, familiar e social. Assumir como única preocupação pastoral a velhice, paralisando todas as outras dinâmicas pastorais é criar fronteiras à evangelização, é impedir a construção de uma comunidade fraterna.

Terminamos, concordando com a pertinência da reflexão de Baltes e Smith (2003) e Fonseca (2004). A fundamentação bioética das políticas de envelhecimento no combate as perdas resultantes do envelhecimento não devem estar centradas apenas na promoção no bem-estar da população idosa, mas em todas as fases do desenvolvimento humano. Para os autores a velhice não pode ser encarada como a população privilegiada, para onde se canaliza a maior parte dos recursos, mas deve ser pensada numa perspetiva de economia e política mais alargada. Nesta distribuição equitativa talvez seja necessário reduzir (temporariamente) os gastos associados aos muitos idosos (quarta idade) e alocar esses recursos a outros subgrupos que constituem a sociedade como um todo: as crianças, os adolescentes, os jovens e as família jovens. O equilíbrio da sociedade e o seu bom funcionamento atingem-se quando existem grupos etários mais jovens produtivos e capazes de continuar a disponibilizar recursos sociais para apoiar a velhice.

A Diocese de Lamego assiste vertiginosamente a um envelhecimento da população. As crianças e adolescentes estão ausentes em muitas das nossas paróquias. Este é também um novo e grande desafio para as políticas locais, empresas, instituições de solidariedade, bioética e Igreja. Sem deixarmos de apoiar e acolher, com dignidade, os mais velhos, urge refletir numa dinâmica e numa evangelização que promova a natalidade, que devolva a alegria das crianças às ruas das nossas aldeias, que proteja as famílias na educação dos seus filhos, e que fomente uma sociedade mais solidária, sustentável, agradável e bela.

A missão da Igreja, e da Pastoral da Saúde, é cuidar de todos “*para que tenham vida e a tenham em abundância*” (Jo 10,10).

Referências Bibliográficas

- Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2014). *Psicologia do adulto idoso*. Lisboa. Edições Piaget.
- Alarcos, F. (2002). *Bioética y pastoral de la salud*. Madrid: San Pablo.
- Alarcos, F. (2005). *Bioética global, justicia y teología moral*. Bilbao: Universidad Pontificia Comillas.
- Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares. Aspetos e contextos da qualidade de vida* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologias da investigação em psicologia e educação* (5ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Alonso, M. (2011). *El cuidado: um imperative para la bioética*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Álvarez, F. (2009). Teologia della salute. In L. Sandrin (Coord.) *Salute/Salvezza perno della teologia pastorale sanitaria* (pp.143-166). Torino: Edizioni Camilliane.
- Álvarez, F. (2013). *Teología de la salud*. Madrid: PPC.
- Alves, P. (2011). *A Sabedoria. Definição, multidimensionalidade e avaliação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M. Carvalho (Coord). *Serviço social no envelhecimento* (pp. 81-103). Lisboa: Pactor.
- Ardelt, M. (2003). Empirical assessment of a three-dimensional wisdom scale. *Research on Aging*, 25(3), 275-324.
- Aristóteles (2009). *Ética a Nicómaco* (3ª Ed.). Lisboa: Quetzal Editores.
- Assis, C., Gomes, J. & Zentarski, L. (2013). Religiosidade e qualidade de vida na terceira idade: uma revisão bibliográfica a partir da produção científica. *Revista de estudos de religião*, 13(2), 119-148.
- Atkinson, P. (1995). Some perils of paradigms. *Qualitative Health Research* 5(1), 117-124. Doi: <http://dx.doi.org/10.1177/104973239500500108>.
- Azcárate, J. (2011). “Yo soy, el que te sana” (Ex 15,26). Enfermedad y salud en la Torá. *Theologica Xaveriana*, 61(171), 65-96.

- Baltes, P. (1983). Life-span developmental psychology: observations on history and theory. In R. M. Lerner, (Ed). *Developmental psychology: Historical and philosophical perspectives* (pp. 79-111). New Jersey: Erlbaum
- Baltes, P. & Baltes, M. (Eds.) (1990). *Successful aging. Perspectives from the behavioural sciences*. M.A.: Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Simth, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*, 49, 123-135. Doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000067946>.
- Baltes, P. & Staudinger, U. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American psychologist*, 55(1), 122-136.
- Barenys, M. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers. Revista de Sociologia*, 40, 121-135. Doi: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v40n0.1687>
- Barreiro, C. (2013). *A institucionalização do idoso no concelho Limiano* (Projeto de licenciatura não publicado). Porto: Universidade de Fernando Pessoa. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10284/3903>.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do Idoso. Temas complementares*. Porto: Legis Editora.
- Bazo, M. (1990). *La sociedad anciana*. CIS. Centro de investigaciones sociológicas. Madrid: Siglo XXI.
- Beeson, D. (1997). Nuance, Complexity, and Context: Qualitative Methods in Genetic Counseling Research. *Journal of Genetic Counseling*, 6(1), 21-43.
- Bento XVI. (2007, novembro). *Discurso aos participantes na XXII Conferência Internacional do Pontifício Conselho para a pastoral no campo da saúde*.
- Bermejo, J. (2002). La soledad de los mayores. In J. Bermejo, (Ed.). *Cuida a las personas mayores dependientes*, (2ª Ed., pp. 33-68). Maliaño: Editotal Sal Terrae.
- Bermejo, J. (2007). Humanizar el cuidado a los mayores. In J. Bermejo & C. Muñoz, (Coord.) *Manual para la humanización de los gerocultores* (pp. 27-48). Madrid: Cáritas.
- Bermejo, J. (2010). *A relação de ajuda no encontro com os idosos*. Prior o Velho: Paulinas.

- Bermejo, J. (2015). Hacia una salud relacional desde una Mirada evangélica. In J. Bermejo (Ed., pp. 65-89). *Jesús y la salud*. Maliaño: Editorial Sal Terrae.
- Blumer, H., (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bodgan, R. C. & Biklen, S. K. (1998). *Qualitative research for education: An introduction for theory and methods* (3rd Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Brito, J. & Meneses, R. (2010). O Homo Viator na Parábola do Bom Samaritano (Lc 10, 25-37): pela responsabilidade anárquica. *Información Filosófica*, 7(15), 53-108. Doi: <http://dx.doi.org/10.3308/2010.013>.
- Brusco, A. & Pintor, S. (2008). *Sulle orme di Cristo medico. Manuale di teologia pastorale sanitaria*. Bologna: Grafiche Dehoniane.
- Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4), 243-246. Doi: http://dx.doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler Editora.
- Carneiro, R. (Coord). (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Relatório Final do Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Carrilho, M. & Craveiro, M. (2015). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 54. Lisboa: INE, 57-99.
- Casimiro, F. (2013). Os resultados preliminares dos Censos 2011. *Revista de Estudos Demográficos*, (51-52). Lisboa: INE, 73-84.
- Chaves, L. & Gil, C. (2015). Concepções de idosos sobre a espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciência e saúde colectivas*, 20(12), 3641-3652. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.19062014>.
- CNECV (2014). *As vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições*. Parecer 80/CNECV/2014. Consultado em: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1413212959_Parecer%2080%20CNECV%202014%20Aprovado%20FINAL.pdf.
- Conselho Económico Social (1994). *A responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Consultado em: <http://www.ces.pt/>

download/600/RespFamDepIdosos.pdf, 168 pp.

Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde (1995). *Carta dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Paulinas.

Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde (1995). *Carta dos Profissionais de saúde*. Lisboa: Paulinas.

Cortina, A. (2009). *Ética de la razón cordial* (2ª Ed.). Oviedo: Ediciones Nobel.

Costa, M. (2005). Cuidados de enfermagem aos idosos. Percursos de formação e de investigação. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 254-278). Lisboa: Climepsi Editores.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Denzin, N. (1989). *The Research Act: a theoretical introduction to sociological methods*, (3rd Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Duarte, T. (2009). A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre a triangulação (metodológica). In *CIES e Working paper n° 60/2009. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia*. Consultado em: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIESWP60_Duarte_003.pdf.

European Charter of Rights and Responsibilities of Older People (2010). In *Need of Long-Term Care and Assistance* (2010). Consultado em: <http://www.age-platform.eu>

Faggioni, M. (2005). La qualità della vita e la salute alla luce dell'antropologia Cristiana. In E. Sgreccia e I. Carrasco de Paula (Coords.). *Qualità della vita ed ética della salute*. Atti della Undicesima Assembleia della Pontificia Accademia per la Vita. Città del Vaticano, 21-23 febbraio. Consultado em: http://www.academiavita.org/_pdf/assemblies/11/qualita_della_vita_ed_etica_della_salute.pdf.

Férez, J. (2005). *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer (EA)*. Bilbao: Universidad Pontificia Comillas.

Férez, J. *Ética de la salud en procesos terminales*. Madrid: San Pablo, 1998

- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade – demografia, família, políticas sociais em Portugal*. Coimbra: Celta Editora.
- Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social. *Sociologia: Problemas e práticas*, (36), 39-50.
- Fernandes, E. M., & Maia, A. (2001). Grounded theory. In E. M. Fernandes & L. S. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-76). Braga: Centros de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Fernández-Ballesteros, R., Díez, J. & Ruiz-Torres, A. (1999). Spain. In J. Schroots, R. Fernández- Ballesteros & G. Rudinger (Eds.) *Aging in Europe* (pp. 107-122). Amsterdam: IOS Press.
- Ferreira, J. (2005). O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 111-118. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902005000300007>.
- Ferreira, V. (2009). *Em nome da Terra* (10ª Ed.). Lisboa: Quetzal.
- Ferrer, J. & Álvarez, J. (2003). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en bioética contemporánea*. Bilbao: Universidad Pontificia Comillas.
- Feytor Pinto (2011). Prefácio. In A. GRÜN. *A sublime arte de envelhecer e tornar-se uma bênção para os outros* (3ª Ed.). Prior o Velho: Paulinas.
- Feytor Pinto, V. (1999). *Saúde para todos. Desafios para uma acção pastoral*. Apelação: Paulus.
- Figaro, R. (2014). A triangulação metodológica em pesquisas sobre a comunicação no mundo do trabalho. *Revista Fronteiras – estudos midiáticos*, 16(2), 124-131. Doi: <http://dx.doi.org/10.4013/fem.2014.162.06>
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Campus do saber.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2008). Psicologia do envelhecimento e vulnerabilidade. In A. Carvalho, (Coord.). *Bioética e vulnerabilidade* (pp. 195-217). Coimbra: Almedina.

- Fonseca, A. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra. Edições Almedina.
- Fonseca, A. (2012). Fundamentos psicológicos para o envelhecimento ativo. In C. Cruz (Coord.). *Envelhessomos*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A., Paúl, C., Martín, I. & Amado, J. (2005). Condição Psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação – da investigação à realização*. Loures: Lusociência.
- Fraenkel, J.R., & Wallen, N. E. (1993). *How to Design and Evaluate Research in Education*. New York: McGraw-Hill.
- Francisco. Carta Encíclica. *Lumen Fidei*. 29 de junho. 2013.
- Francisco. Exortação Apostólica. *Evangelii Gaudium*. 24 de novembro. 2013.
- Gafo, J. (1996). *Dez palavras chave em Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Gafo, J. (2003). *Bioética Teológica* (3ª Ed.), Sevilha: Universidad Pontificia Comillas.
- García, R., Zamarrón, M., Bravo, D., Martínez, M., Nicolás, J., López, P. & Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito. Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- García, S. (2005). Teologia e Bioética. *Cadernos de Teologia Pública*, 2(4), 4-19.
- Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade. Cuidar e Compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Goffman, E. (2001). *Manicómios, prisões e conventos* (7ª Ed). São Paulo: Editora Perspectiva.
- Gomes, C. (2013). *O pensamento bioético de Daniel Serrão. A génese e o fio conductor*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Gomes, C. (2014). Perspectiva Bioética do envelhecimento na obra “Em nome da Terra”, de Vergílio Ferreira. *Revista Bioethikos*, 8(2), 191-198.
- Grün, A. (2011). *A sublime arte de envelhecer e tornar-se uma bênção para os outros* (3ª Ed.). Prior o Velho: Paulinas.

- Guedes, J. (2007). *O internamento em lar e a identificação dos idosos* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Guedes, J. (2014). A vida em lar e a promoção do bem-estar: Desafios à intervenção social com vista à preservação de si no lar. In J. Almeida, P., Sousa & H. Afonso, (Orgs.), *Perspetivas sobre o envelhecimento ativo* (pp. 35-68). Lisboa: Editorial Cáritas.
- Häring, B. (1986). *La fé, fuente de salud*. Madrid: San Pablo.
- Hellegers, A. (1995). Bioethics. REICH, W. *Encyclopedia of bioethics*.
- Hood, M. (2009). Case study. In J. Heiigham, & Croker (Eds.), *Qualitative research in applied linguistics: A practical introduction* (pp. 66-90). London: Palgrave Macmilliam.
- Imaginário, C. (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011, resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: INE.IP.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Estimativa de população residente em Portugal 2014*. Consultado em <https://www.ine.pt>.
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. PEREIRA, (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 93-100). Viseu: Psicossoma.
- Jácomo, A. (2014). *Que futuro trans-humano? O núcleo prático e filosófico da neuroética*. Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. Consultado em: <http://www.spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2014/09/Que-futuro-Transhumanismo-Neuroética-Leonor.pdf>
- Jewell, A. (2014). Tornstam's notion of gerotranscendence: Re-examining and questioning the theory. *Journal of Aging Studies*, 30, 112-120. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2014.04.003>.
- João Paulo II. (1982, outubro). *Discurso aos participantes no XV Congresso Mundial dos médicos católicos*.
- João Paulo II. (2005, 21-22, fevereiro). Discurso ai partecipanti alla XI Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la vita. *Osservatore Romano*, p.7.
- João Paulo II. Carta Apostólica. *Dolentium Hominum*. 11 de fevereiro. 1985.

- João Paulo II. Carta Encíclica. *Redemptoris Missio*. 7 de dezembro. 1990.
- João Paulo II. Exortação Apostólica. *Ecclesia in Asia*. 6 de novembro. 1999.
- Kelle, U. (2001). Sociological Explanations between Micro and Macro and the Integration of Qualitative and Quantitative Methods. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 2(1) (43 parágrafos). Consultado em: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm>
- Kierkegaard, S. (1969). *La enfermedad mortal*. Madrid: Ediciones Guadarrama.
- Koenig, H. G. (2000). Spiritual Aspects of Surgery. *Ophthalmology Clinics of North America*, 13(1), 71-83. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0896-1549\(05\)70167-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0896-1549(05)70167-X)
- Kvale, S. (1996) *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Legard, R., Keegan, J. & Ward, K. (2003). In-depth Interviews. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative Research a guide for Social Science Students and Researchers* (pp. 138-169). London: Sage Publications.
- Levinas, E. (2008). *Totalidade e Infinito* (3ª Ed.). Lisboa: Edições 70.
- Lopes, M.; Afonso, R.; Cerqueira, M. & Pereira, H. (2008). Images of Aging in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People. *Psychology, Community & Health*, 1(2), 189-200. Doi: <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v1i2.30>.
- Lütz, M. (2005). La “relegione della Salute” e la nuova visione dell’essere umano. In E. Sgreccia e I. Carrasco de Paula (Coords.). *Qualità della vita ed ética della salute*. Atti della Undicesima Assembleia della Pontificia Accademia per la Vita. Città del Vaticano, 21-23 febbraio. Consultado em: http://www.academiavita.org/_pdf/assemblies/11/qualita_della_vita_ed_etica_della_salute.pdf
- Magalhães, C. (2003). *Representação social da velhice em enfermeiros* (Dissertação de Mestrado não publicada), Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Magalhães, C. (2008). *Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior no distrito de Bragança* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Extremadura, Badajoz, Espanha.
- Magalhães, C. (2012). A problemática dos estereótipos acerca das pessoas idosas. In F. PEREIRA, (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de*

- idosos* (pp. 93-100). Viseu: Psicosoma.
- Marín, M., Troyano, Y. & Vallejo, A. (2001). Percepción social de la vejez. *Revista multidisciplinaria de Gerontología*, 11(2), 88-90.
- Marino, M., Moraes, E. & Santos, A. (1999). *Avanços e perspectivas em geriatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Martínez, J. (2008). Teología Cristiana de la dignidad humana. In J. Díaz (Ed.), *Dignidad humana y bioética* (pp. 199-234). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, 39(171), 339-363.
- McLean, C. (2006). Questionnaire. In V. Jupp (Ed.), *The Sage Dictionary of Social Research Methods* (pp. 252-253). London: Sage Publications.
- Mendes, J. (2014). Adela Cortina, uma ética de (com)paixão. *Revista Portuguesa de Bioética*, 20(59), 19-44.
- Minayo, M. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco.
- Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social – MSESS (2005), *Carta social. Rede de serviços e equipamentos 2014*. Lisboa: GEP/MSESS.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2014). *Carta Social – Relatório 2014*. Lisboa: MTSS.
- Moreira, M. (2013). Portugal (des)continuidades demográficas – Norte e Centro interior 2011. *Revista de Estudos Demográficos*, 51-52 (pp. 169-206). Lisboa. INE.
- Moriconi, B. (2009). Dio terapeuta, sostegno e salvezza nella bibbia. In L. Sandrin (Coord.) *Salute/Salvezza perno della teologia pastorale sanitária* (pp. 31-50). Torino: Edizioni Camilliane.
- Nazareth, J. (1988). *Portugal os próximos 20 anos: Unidade e diversidade da demografia portuguesa no final do século XX*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Neves, H. (2012). *Causas e consequências da institucionalização de idosos : Estudo tipo série de casos* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Nogueira-Martins, M. (2002). Humanização na Saúde: a relação médico-paciente no microscópio. *Revista Ser Médico*, 18, 27-29.

- Osório, A. (2007). Os idosos na sociedade actual. In A. Osório & F. Pinto (Coord). *As pessoas idosas contexto social e intervenção Educativa* (pp. 11-46). Lisboa: Instituto Piaget.
- Pagola, J. (2011). *Id y curad. Evangelizar el mundo de la salud y la enfermedad* (4ª Ed.). Madrid: Centro de Humanización de la Salud.
- Pagola, J. (2015). Bases antropológicas de la sanación integral. In J. Bermejo (Ed.), *Jesús y la salud* (pp.49-64). Maliaño: Editorial Sal Terrae.
- Palacios, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Málaga, Málaga, Espanha.
- Palmore, E. (1999). *Ageism: negative and positive* (2nd Ed.). New York: Springer Publishing.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: first findings. *The Gerontologist*, 41(5), 572-575. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.5.572>.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. London: Sage Publications.
- Pellegrino, E. & Thomasma, D. (2008). *Las virtudes cristianas em la práctica médica*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Pereira, F. (2012). A institucionalização do idoso. F. PEREIRA, (Coord.). *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 149-156). Viseu: Psicosoma.
- Pereira, F. & Pimentel, H. (2012). Emergência da gerontologia e do gerontólogo. In F. PEREIRA (Coord.). *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 25-40). Viseu: Psicosoma.
- Pimentel, L. & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades familiares e apoio a idosos. Limites e implicações. *Textos e Contextos*, 9(2), 251-263.
- Pimentel, L., (2005) *O lugar dos idosos na família. Contextos e trajetórias* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A. (2009) Porque envelhecemos? In Vários. *O Tempo da Vida*. Cascais: Principia.
- Posada, F. (2011). La psicología del envejecimiento. Entre el declive y el êxito. In S.

- Hermandis, (Ed.). *Autonomia personal y depedencia. Bases teóricas y prácticas social* (pp. 135-156). València: Universitat de València,
- Potter, V. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Prat Puigdengolas, F. (2007). Consideraciones éticas en la atención al anciano. In J. Bermejo & C. Muñoz, (Cood.) *Manual para la humanización de los gerocultores* (pp. 207-239). Madrid: Cáritas.
- Prat Puigdengolas, F. (2008). *Bioética en residencias. Problemas éticos en la asistencia a la persona mayor*. Maliaño: Sal Terrae.
- Prat Puigdengolas, F. (2010). *Acompanhar pessoas idosas em lares. Guia para a assistência humana e espiritual*. Prior o Velho: Paulinas.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade avançada. *Análise Psicológica*, 4(25), 543-557.
- Redrado, J. (2010). El dolor y sufrimiento, lugar de evangelización (¿Es posible en sociedade del beinestar?). *Conferencia con motivo de la beatificación de Manuel Lozano Garrido (Lolo)*. Consultado em www.amigosdelolo.com/recursos/dolor.y.sufrimiento.pdf.
- Rodrigues, J. (2001). Envelhecer num lar. *Revista Antropológicas*, 5, 53-93.
- Rodrigues, V.; Mota-Pinto, A.; Sousa, B.; Botelho, A.; Alves, C.; & Oliveira, C. (2014). The aging profile of the portuguese population: A principal componente analysis. *Community Health*, 39(4), 747-752. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10900-014-9821-2>.
- Rodríguez, F., Gonzàlez-Carvajal, L., Herranz, J., Rodríguez, C., Fuentes, A. & Llanos, F. (1994). El Evangelio, fuente de vida en el mundo de la salud y de la enfermedad. *Congreso Iglesia y salud*. Madrid: Asociación de profesionales sanitários cristianos. Consultado em: <http://sanitarioscristianos.com/documentos/304.pdf>
- Sáiz Ruiz, J. (2001). *Manual de Psicogeratria clínica*. Barcelona: Masson.
- Sampaio, F. (2011). *Relação pastoral da Ajuda. Boas práticas no acompanhamento espiritual de doentes*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Sandrin, L. (1998). La Iglesia, comunidad sanante. *Dolentium Hominum*, 37(1), 69-74.

- Sandrin, L. (2009). *Comunità sanante: modelo di chiesa*. In L. Sandrin (Coord.) *Salute/Salvezza perno della teologia pastorale sanitaria* (pp. 185-202) Torino: Edizioni Camilliane.
- Sandrin, L. (2015). *Teología pastoral. Lo vio y no pasó de largo*. Maliaño: Sal Terrae.
- São José, J., Wall, K. & Correia, S. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciência Sociais da Universidade de Lisboa.
- Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar o idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação*. Coimbra: Formasau.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*. 25(4), 585-593. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>.
- Serrão, D. (2006). Seniores: um novo estrato social. In P. Frassinetti (Ed.) *Intervenção social. Saberes e contextos* (pp.129-137). Porto: Escola Superior de Educação Porto.
- Serrão, D. (2010). O desafio de envelhecer em Portugal. *Revista Brotéria*, 171(6), 445-456.
- Sgreccia, P. (2008). *La dinâmica esistenziale dell'uomo. Lezioni di filosofia della salute*. Milano: V & P.
- Silva, J. (2012). *A morte e o morrer entre o deslugar e o lugar. Precedência da antropologia para uma ética da hospitalidade e cuidados paliativos*. Porto: Afontamento.
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. In C. Paúl, & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, M. (2006). “*Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!*” *Racionalidades leigas sobre o envelhecimento e velhice – um estudo no Norte de Portugal* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família – os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Spadaro, A. (2013). Entrevista exclusiva do Papa Francisco às revistas da Companhia de Jesus. *Revista Brotéria*, 177(2-3), 113-144.

- Sprinthall, N. & Sprinthall, R. (1990). *Psicologia Educacional*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Stellin, V. (2008). Sacrameto para los ancianos enfermos. Compromisso pastoral para los ancianos enfermos. *Dolentium Hominum*, 67(1), 114-118.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990) *Basics of qualitative research: Grounded, theory procedures and techniques* (1st Ed). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Suzman, R., Beard, J., Boerma, T. & Chattehi, S. (2014). Health in an ageing world – what do we know? *The Lancet*, 385(7), 484-486. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61597-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61597-X)
- Teixeira, F. (2014). O cuidado espiritual no trabalho em saúde. *Revista de atenção Primária à Saúde*, 17 (1), 120-126.
- Torralla i Roselló, F. (2006). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Editorial Mafre.
- Torralla i Roselló, F. (2009). *Antropologia do cuidar*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Turato, E., (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças, e seus objetivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025> .
- Uriarte, J. (2015). Religión y salud. In J. Bermejo (Ed.). *Jesús y la salud* (pp. 15-47). Maliaño: Editorial Sal Terrae.
- Vallespir, J. & Morey, M. (2007). Participação dos idosos na sociedade: integração vs. segregação. In A. Osório & F. Pinto (Coord.). *As pessoas idosos contexto social e intervenção Educativa* (pp. 225-251). Lisboa: Instituto Piaget.
- Veloso, E. (2008, junho). A análise da política da terceira idade em Portugal de 1976 a 2002. “*Mundos sociais: saberes e práticas*”. Congresso organizado por Associação Portuguesa de Sociologia, Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento Psicossocial (Erik Erikson)*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10216/9133>.
- Vieira, R. (2014). Trajetórias de vida, subjetivação e qualidade de vida de idosos. In J. Almeida, P. Sousa & H. Afonso, (Org.). *Perspectivas sobre o envelhecimento ativo*

(pp.145-159). Lisboa: Editorial Cáritas.

Vigueras, A. (2010). La teología práctica de Karl Rahner: una teología pastoral en perspectiva escatológica. *Teología y vida*, 51(4), 445-476. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0049-34492010000300001>.

Zabaleta, X. (2007). *Aspectos espirituales en los mayores. Manual para la humanización de los gerocultores y auxiliaries geriátricos*. Madrid: Cáritas.

Zancheta, R. (2004). *Malattia salute salvezza. Il rito come terapia*. Padova: Edizioni Messaggero Padova.

ANEXOS

ANEXO 1

Os lares, os idosos e os cuidadores

Questionário

1) Nome da Instituição

1.1) Freguesia

1.2) Concelho

2) Caraterística

- IPSS
 Entidade privada

3) Natureza Jurídica

-

4) Propriedade

5) Capacidade do Lar de Idosos

6) Número de utentes residentes - Homens

7) Número de utentes residentes - Mulheres

8) Número de utentes por fase etária

	65-74	75-84	> 85
Homens	_____	_____	_____
Mulheres	_____	_____	_____

9) Número de quartos

	Individuais	Duplos	Triplos	Cama de Casal	Mais de 3 camas
Quartos	_____	_____	_____	_____	_____

10) Serviços ou espaços oferecidos no edifício Lar de idosos

	Não existe	Acesso gratuito	Pagamento extra
Médico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Enfermagem	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fisioterapia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Psicólogo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Farmácia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Serviço Religioso	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Capela	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Jornal Diário	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Biblioteca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Natação	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ginásio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Bar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cabeleireiro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Manicura e Pedicura	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Acompanhamento a serviços	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Transporte	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

11) Atividades lúdicas

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
Jogos de mesa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Jogos exteriores	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Caminhadas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Passeios convívios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Acesso livre ao exterior	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Convívios com a comunidade exterior	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

12) Atividades culturais

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
Filmes e documentários	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dias comemorativos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Comentários de jornais e revistas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dança	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Música	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Teatro (ver)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cinema (ver)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

13) Atividades ocupacionais

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
Domésticas (cozinha, limpeza...)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalhos manuais (croché, bordados...)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expressão plástica (pintura, escultura...)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jardins ou horta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jogos de estimulação cognitiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14) Diretor Técnico

Masculino Feminino Não existe

14.1) Área de formação

-

14.2) Nível de formação

-

14.3) Tipo de contrato

-

15) Quantos cuidadores - pessoal técnico e especializado:

	Masculino	Feminino
Médico	_____	_____
Enfermeiro	_____	_____
Técnico de Enfermagem	_____	_____
Fisioterapia	_____	_____
Técnico de Fisioterapia	_____	_____
Educação Física	_____	_____
Psicólogo	_____	_____
Nutricionista	_____	_____
Animador Social	_____	_____
Auxiliar Geriátrico	_____	_____

16) Quantos cuidadores diretos - pessoal auxiliar:

	Masculino	Feminino
Limpeza	_____	_____
Cozinha	_____	_____
Ajudantes da ação direta	_____	_____
Auxiliar de animação	_____	_____
Recepcionista	_____	_____
Motorista	_____	_____
Manutenção da casa	_____	_____
Jardins e quinta	_____	_____
Segurança	_____	_____
Outros serviços	_____	_____

16.1) Nível de formação dos cuidadores diretos - pessoal auxiliar

	Ensino Básico	Ensino Secundário	Curso Profissional	Licenciatura
Limpeza	_____	_____	_____	_____
Cozinha	_____	_____	_____	_____
Ajudantes da ação direta	_____	_____	_____	_____
Auxiliar de animação	_____	_____	_____	_____
Recepcionista	_____	_____	_____	_____
Motorista	_____	_____	_____	_____
Manutenção da casa	_____	_____	_____	_____
Jardins e quinta	_____	_____	_____	_____
Segurança	_____	_____	_____	_____
Outros serviços	_____	_____	_____	_____

16.2) Característica do contrato de emprego - pessoal auxiliar

	Termo certo	Termo incerto	Sem Termo	Centro de Emprego	Estágio	Prestação de serviços	Voluntário
Limpeza	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cozinha	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ajudantes da ação direta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Auxiliar de animação	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Recepcionista	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Motorista	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Manutenção da casa	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jardins e quinta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Segurança	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Outros serviços	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

16.3) Formação contínua no último ano:

- menos 25 horas anuais
 26-50 horas anuais
 mais de 51 horas anuais

16.4) Título das últimas quatro formações contínuas

17) Assistência religiosa

- Sim Não

17.1) Assistente religioso

- Pároco
 Capelão
 Leigos
 Religiosos
 Funcionários
 Utentes
 Nenhum

17.2) Tipo de assistência religiosa oferecida no lar ao cliente idoso pelo assistente religioso

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
Preparação para a vivência dos sacramentos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Assistência e acompanhamento no momento da morte	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Voluntários ou visitantes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Integrada na pastoral da paróquia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Assistência de outras confissões religiosas (Islamismo, Protestantismo...)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

17.3) Periodicidade da assistência religiosa oferecida no lar

	Nunca	Diário	2 a 3 vezes por semana	1 vez por semana	2 vezes por mês	1 vez por mês	1 vez por ano
Eucaristia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Confissão	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Santa Unção (celebração comunitária)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Catequética e formativa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Acompanhamento e aconselhamento espiritual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Devoções (terço, via-sacra...)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sagrada Comunhão por Ministros da Comunhão	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

17.4) Existe uma equipa pluridisciplinar de dinamização Pastoral?

Sim Não

18) A Instituição possui outras valências além do lar de idosos?

Sim Não

ENVIAR

ANEXO 2

Carta

Ex.mo Senhor
Presidente da Direção do
Centro Social Paroquial de

Eu, José Fernando Duarte Mendes, sacerdote da Diocese de Lamego e investigador do **Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto**, estou a desenvolver um estudo, no âmbito do meu doutoramento, sobre os **Lares de idosos perspectivas ético-pastorais**. Sendo os Lares de Idosos espaços de acolhimento interessa-nos perceber de que modo eles promovem o cuidado integral da pessoa idosa, conduzidos pelos seguintes objetivos:

- 1) Caracterizar os lares e residências de idosos da Diocese de Lamego tendo em conta a natureza jurídica, número e características dos cuidadores, número de idosos e tipo de atividades desenvolvidas.
- 2) Identificar as necessidades culturais, espirituais e relacionais e de que modo elas estão presentes no cuidado integral do idoso.
- 3) Descrever e compreender a relação cuidador / idoso / cuidador na perspectiva do cuidado integral.
- 4) Descobrir e descrever a concepção de cuidado integral nos lares e residências de idosos.

No espaço geográfico da Diocese de Lamego existem atualmente 56 lares e residências de idosos divididos em Associações de Solidariedade, Centros Sociais Paroquiais, Irmandades, Autarquias e Entidades Lucrativas. Estas instituições procuram dar uma resposta de apoio social a uma percentagem elevada de pessoas de idade avançada, 24% dos habitantes da Diocese de Lamego têm mais de 65 anos (Censos 2011). É neste contexto geográfico e pluralidade benéfica de instituições de solidariedade social que pretendo realizar esta investigação.

Este inquérito, essencialmente estatístico, poderá ser respondido pelo diretor técnico, dando a conhecer o que atualmente existe, apenas e só, na valência lar de idosos. Os dados serão tratados anonimamente e o inquérito pode ser consultado no link:

<http://form.jotformeu.com/form/31396875049365>

Se tiver dificuldade na resposta de algumas questões por favor contacte-me e peço-lhe que durante esta semana fizesse o favor de submeter este inquérito.

Grato pela vossa compreensão fico a aguardar uma resposta favorável a este pedido de colaboração

Cordialmente

P. José Fernando

José Fernando Duarte Mendes

Email: pe.zefernando@gmail.com

Tlm: 964436728

ANEXO 3

Termo de Consentimento

Eu, _____
responsável da Instituição _____
autorizo o investigador, José Fernando Duarte Mendes do Instituto de Bioética da
Universidade Católica do Porto, a realizar o inquérito escrito e as entrevistas gravadas em
formato áudio, com o devido consentimento das pessoas envolvidas, no âmbito do estudo
de investigação da tese de doutoramento: **Lares e Residências perspectivas ético-
pastorais.**

O investigador compromete-se a tratar os dados obtidos anonimamente, protegendo a
identidade das pessoas e instituição.

O responsável da Instituição:

O investigador:

Data: _____ / ____ / ____

ANEXO 4

Guião de entrevista semiestruturada – Pessoas idosas

Pré-entrevista

Introdução

Recordar os objetivos e procedimentos do estudo, obter a autorização pelo consentimento informado, livre e esclarecido para participar no estudo

Recolha dos dados sociodemográficos

- Código: (e.g., Xy1)
- Género:
- Bom dia...
- Como se chama?
- Gostava que me disse a sua idade e de onde é natural?
- É casada(o), solteira(o), viúva(o)?
- Há quanto tempo está no lar?
- Tem outros familiares aqui no lar consigo?

Entrevista

1. Quais as necessidades lúdico-culturais e sócio-emocionais que o idoso mais manifesta?

... Qual foi a razão para vir para este lar

... D... O que é que mais lhe custou deixar quando entrou no lar?

... Quais são as pessoas e coisas de que tem mais saudades?

... Quais eram as atividades que realizava na sua casa e aldeia e que agora já não as faz porque está no lar?

... Do que é que sente mais falta?

2. Quais as perdas espirituais ou religiosas reveladas pelo idoso institucionalizado?

... A D.. acredita em Deus, é uma pessoa crente?

... Quais são as festa, as orações ou acontecimentos religiosos de que mais tem saudades?

... Uma vez que agora vive aqui no lar tem conseguido manifestar e viver a sua fé?

... Sente que tem o apoio espiritual ou religioso de que precisa?

... Que tipo de apoio religioso gostaria de ter?

3. Em que contexto temporal e de relação o idoso manifesta ao cuidador as suas perdas sócio-emocionais, culturais e espirituais?

... A D... falou há pouco que tem saudades ou necessidades de... já alguma vez falou destas necessidades ou vontades com algum dos funcionários? Em que alturas o fez?

... Quando o cuidador trata de si (higiene, alimentação...) ou está mais perto de si, de que assuntos costuma falar?

4. Como assume o cuidador estas perdas e de que modo elas alteram o seu cuidar?

... Eles têm tempo para a ouvir contar essas coisas?

... O que é que eles lhe dizem quando fala destas necessidades ou desejos?

... Acha que quando fala com o funcionário(a) do seu passado, das coisas que gostava ou daquilo que sente mais necessidade, isso faz alterar o modo de a tratar?

... Conte-nos um caso?

5. Quais as estruturas e ações para dar resposta a estas perdas?

6. Como se integram estas perdas diagnosticadas e sentidas no cuidado do idoso?

... A D... falou há pouco que já partilhou com algumas pessoas essas suas necessidades ... acha que o lar tem feito o esforço para responder a esses seus pedidos? Quais?

... Quais são os espaços que mais gosta de frequentar e as atividades que mais gosta de realizar aqui no lar?

... Há alguma atividade ou coisa que gostaria de fazer aqui mas ainda não o fez?

... Qual foi a razão para ainda não realizar essa atividade?

7. O que é cuidar uma pessoa de idade avançada institucionalizada?

... Os funcionários costumam conversar consigo durante muito tempo?

... Quais são as tarefas que os funcionários realizam consigo ou idosos durante o dia?

... Elas são suficientes para se sentir bem tratada e cuidada?

... Como gostaria de ser tratada ou cuidada?

... Que cuidados se deveriam privilegiar no lar?

8. O que é que é mais fácil e mais difícil de realizar como cuidador

... Acha que os funcionários (as) realizam todas as tarefas com gosto ou têm dificuldade em realizar alguma tarefa? Quais?

9. Como é a relação cuidador/cliente/ cuidador?

... São sempre as mesmas pessoas a tratar da D... ou vão-se alterando?

... A D.... relaciona-se bem com todos os funcionários da casa ou têm as suas preferências?

... O que é que a leva a simpatizar mais com um e menos com outros?

... O que é que aprecia mais nos funcionários: o modo como a tratam, o cuidado que tem em deixá-la bem, a simpatia ou o diálogo que estabelece consigo?

10. Quais as estratégias, ações, atitudes realizadas no lar e que manifestam um cuidado integral da pessoa?

... Durante o dia qual é o espaço onde passa a maior parte do tempo?

... Quais são as atividades ou tarefas que diariamente realiza no lar?

... Os idosos que têm mais saúde ou que se podem movimentar são responsáveis por alguma tarefa ou atividade? Quais?

... Que atividades, pessoas ou tarefas se poderiam realizar para se sentir melhor?

11. Como cuida do idoso o cuidador?

... Acha que os funcionários quando tratam ou cuidam da D... (idoso) na higiene, alimentação ou noutra tarefa o fazem por obrigação ou por gosto e amizade?

... Já alguma vez ofereceu algum dinheiro ou prenda ao funcionário que cuida da D...?

... E isso melhorou o seu modo de a tratar ou de lidar?

12. Como se partilha entre cuidadores a experiência no cuidar?

... Quando um outro funcionário diferente vem cuidar da D... sente que ele já sabe muitas coisas da sua vida e do modo como gosta de ser tratada ou tem de lhe dizer tudo de novo?

... Se fosse responsável de um lar quais eram as qualidades ou tarefas que exigiria aos funcionários?

13. Chegamos ao fim, agradeço-lhe imenso a sua colaboração.

ANEXO 5

Guião de entrevista semiestruturada – Cuidadores

Pré-entrevista

Introdução

Recordar os objetivos e procedimentos do estudo, obter a autorização pelo consentimento informado, livre e esclarecido para participar no estudo

Recolha dos dados sociodemográficos

- Código: (e.g., X1)
- Género:
- Como se chama?
- Que idade tem e de onde é natural?
- Há quantos anos exerce a sua missão neste lar?
- Qual é a sua principal tarefa?

Entrevista

1. Quais as necessidades lúdico-culturais e sócio-emocionais que o idoso mais manifesta?

- ... Quando os idosos são institucionalizados há muitas coisas que eles deixam de realizar.
- ... Nas suas partilhas e desabafo o que é que mais lhes custou deixar?
- ... Quais são as pessoas ou coisas que eles mais desejariam ter aqui?
- ... Quando os idosos falam do seu passado o que é que eles mais recordam?
- ... Quais as atividades que eles mais gostam ou gostariam de realizar?
- ... De que é que estes idosos sentem mais falta?
- ... Do que é que o idoso tem mais saudades?
- ... Quais as pessoas e gestos que eles mais recordam?

2. Quais as perdas espirituais ou religiosas reveladas pelo idoso institucionalizado?

- ... Na sua maioria os idosos são pessoas crentes. Quais as necessidades religiosas que eles mais manifestam?
- ... Qual a noção de Deus e a necessidade d'Ele que os utentes deixam transparecer?
- ... Como é que o idoso manifesta a sua crença ou religião?
- ... Que tipo de apoio religioso ou espiritual eles gostariam de ter?

3. Em que contexto temporal e de relação o idoso manifesta ao cuidador as suas perdas afectivas, culturais e espirituais?

... O Idoso costuma falar com os cuidadores dos seus anseios e do que gostariam de fazer?
Em que alturas ou circunstâncias o faz?

... Quando cuida ou trata do idoso (higiene, limpeza, alimentação) quais são os temas e assuntos conversados?

... Quando é que o idoso se sente à vontade para partilhar estas necessidades ou realidades de que ele sente falta?

... O idoso fala destas preocupações com o cuidador? Em que circunstâncias?

4. Como assume o cuidador estas perdas e de que modo elas alteram o seu cuidar?

... Estes assuntos ou temas que são falados ao longo do dia alteram ou influenciam o modo de tratar o idoso?

... O que sente quando o idoso fala ou partilha estas preocupações?

... Já alguma vez alterou a atitude e o modo de cuidar depois de saber ou sentir estas necessidades? Conte-nos um caso?

... Acha que estes desabafos alteraram o modo como cuida?

5. Quais as estruturas e ações para dar resposta a estas perdas?

... Falou há pouco que os idosos sentem falta de carinho, afecto ou até mesmo de apoio espiritual, de que modo o lar procura dar resposta a estes desabafos?

... Que espaços ou atividades se oferecem ou realizam para dar resposta a estas necessidades?

... Acha que o lar se tem preocupado em dar resposta a estas necessidades de que os idosos falam? De que modo?

6. Como se integram estas perdas diagnosticadas e sentidas no cuidado do idoso?

... Quando se cuida da pessoa idosa pensa-se nas necessidades por ele partilhadas?

.. Acha que a opinião ou os desabafos do idoso influenciam o modo de cuidar? Conte-nos um caso que tenha acontecido?

7. O que é cuidar uma pessoa de idade avançada institucionalizada?

... Quais são as tarefas diárias que como cuidador tem de realizar?

... Acha que elas correspondem ao que efetivamente o idoso tem necessidade?

... Como acha que devem ser tratados ou cuidados os idosos?

... Depois de cuidar da higiene e alimentação que outros cuidados lhes são oferecidos?

... Quando cuida de alguém quais são as suas preocupações em relação ao idoso?

... Quais são as tarefas que julga necessárias e mais importantes para que a pessoa se sinta bem cuidada?

8. O que é que é mais fácil e mais difícil de realizar como cuidador?

... Qual é a atividade ou tarefa que mais lhe custa realizar?

... O que é que mais gosta de realizar quando está junto do idoso?

... Como gere esse conflito entre aquilo que mais gosta de fazer e o que tem mais dificuldade, sabendo que ambas as tarefas são importantes para o utente?

9. Como é a relação cuidador/cliente/ cuidador?

... Existe alguma divisão ou mapa de distribuição dos idosos por funcionário ou são cuidados de modo aleatório? Como se faz essa escolha?

... Já alguma vez sentiu, por parte do idoso, dificuldade em se relacionar com algum funcionário? Qual era a razão?

... Que estratégias utiliza quando o idoso recusa a ser cuidado por si ou não simpatiza consigo?

... Na relação das suas tarefas de cuidar do idoso ao que dá mais valor ao realizar bem as coisas de modo técnico e profissional ou à relação de amizade e de proximidade estabelecidas com a pessoa a ser cuidada?

... Acha que quando se está junto do idoso é necessário estabelecer algum diálogo para melhor se realizar o cuidado? Dê-nos um exemplo?

... O idoso estabelece amizade com todos os cuidadores ou tem as suas preferências?

10. Quais as estratégias, ações, atitudes realizadas no lar e que manifestam um cuidado integral da pessoa?

... Em que espaço do lar passam a maior parte do dia os idosos?

... Quais as atividades que se realizam e que ajudem o idoso a permanecer ativo na sua fé, cultura e profissão?

... Quais as responsabilidades ou atividades oferecidas aos idosos com mais saúde e mobilidade?

... Considera o lar uma casa agradável, familiar e que olha para o idoso como alguém que tem uma história de vida que deve ser valorizada ou apenas um espaço para cuidar das feridas físicas e do fim da vida onde não importa o que foi ou é?

... Que atividades são realizadas e que permitem ao idoso partilhar e viver com a comunidade externa ao lar?

11. Como cuida do idoso o cuidador?

... Quando olha para o idoso institucionalizado o que vê nele?

... Já alguma vez o idoso ou a família deste a compensou pelo cuidado que prestou?

... Considera que a compensação pode melhorar o modo de cuidar?

... Considera que o seu modo de cuidar é diferente de idoso para idoso? Qual a razão dessa diferença?

12. Como se partilha entre cuidadores a experiência no cuidar?

... Entre os cuidadores fala-se sobre as dificuldades sentidas em cuidar ou relacionar-se com algum idoso?

... Quando é que acontecem esses diálogos ou partilha?

... Esses diálogos têm ajudado a melhorar ou transformar o modo de cuidar?

... Se fosse responsável de um lar quais eram as qualidades ou tarefas que exigiria aos cuidadores?

13. Chegamos ao fim, agradeço-lhe imenso a sua colaboração.

ANEXO 6

Sistema geral de categorias

1. Resposta dos Atores
 - 1.1. Cuidadores
 - 1.2. Idosos
 - 1.3. Instituição
 - 1.4. Outros Profissionais
 - 1.4.1. Externos
 - 1.4.1.1. Animadora Externa
 - 1.4.1.2. Educação Física
 - 1.4.1.3. Enfermeiro Externo
 - 1.4.1.4. Padre externo
 - 1.4.2. Internos
 - 1.4.2.1. Animadora Interna
 - 1.4.2.2. Cozinha e Lavandaria
 - 1.4.2.3. Diretora Técnica
 - 1.4.2.4. Enfermeiras
 - 1.4.2.5. Nutricionista
 - 1.4.2.6. Outros Técnicos
 - 1.4.2.7. Padre interno
 - 1.4.2.8. Presidente da Instituição
 - 1.4.2.9. Religiosas
2. Causas para a institucionalização
 - 2.1. Causas familiares
 - 2.1.1. Ausência de família
 - 2.1.2. Cônjuge
 - 2.1.3. Decisão dos filhos
 - 2.1.4. Não incomodar os filhos
 - 2.2. Espaço
 - 2.3. Motivos de saúde
 - 2.4. Decisão pessoal
3. Circunstâncias das necessidades
 - 2.1. Quarto
 - 2.2. Ausência de comunicação
 - 2.3. Hora das Refeições
4. Ética do Cuidado
 - 4.1. Alteridade
 - 4.2. Autonomia

- 4.3. Compaixão e benevolência
- 4.4. Cuidar
- 4.5. Curar
- 4.6. Dignidade humana
- 4.7. Disponibilidade
- 4.8. Justiça
- 4.9. Proteção da vida Privada
- 4.10. Qualidade de Vida
- 4.11. Responsabilidade
- 4.12. Vulnerabilidade

5. Experiências na vivência institucional

- 5.1. Experiências Positivas
 - 5.1.1. Aceitação
 - 5.1.2. Ambiente Familiar
 - 5.1.3. Amizade
 - 5.1.4. Bem estar
 - 5.1.5. Gratidão
 - 5.1.6. Gratificação
 - 5.1.7. Interajuda
 - 5.1.8. Sabedoria
- 5.2. Experiências Negativas
 - 5.2.1. Acamados
 - 5.2.2. Adaptação Inicial
 - 5.2.2.1. Adaptação do cuidador
 - 5.2.2.2. Adaptação do idoso
 - 5.2.3. Alimentação
 - 5.2.4. Ausência de diálogo
 - 5.2.5. Ciúme
 - 5.2.6. Conflito entre idosos
 - 5.2.7. Desconfiança
 - 5.2.8. Dinheiro
 - 5.2.9. Excesso de trabalho
 - 5.2.10. Interesse
 - 5.2.11. Luto
 - 5.2.12. População Envelhecida
 - 5.2.13. Pouca atenção
 - 5.2.14. Recusa às atividades
 - 5.2.15. Rejeição aos cuidados
 - 5.2.16. Revolta
 - 5.2.17. Rotina
 - 5.2.18. Saudade
 - 5.2.19. Sofrimento

6. Perdas e Necessidades

6.1. Ausência de perdas e necessidades

6.2. Espirituais e Religiosas

6.2.1. Direção espiritual e confissão

6.2.2. Eucaristia 1

6.2.3. Ministérios Laicais

6.2.4. Terço 1

6.2.5. Vivência da Fé e oração

6.3. Físicas

6.3.1. Mobilidade Física

6.3.2. Problemas de Saúde

6.4. Lúdico-Culturais

6.4.1. Ver televisão

6.5. Sócio-emocionais

6.5.1. Amigos

6.5.2. Bens materiais

6.5.3. Convívio social

6.5.4. Domésticas

6.5.5. Família

6.5.5.1. Esposa(o)

6.5.5.2. Filhos

6.5.5.3. Restante Família

6.5.6. Profissão

6.5.7. Recordações

6.5.8. Solidão

7. Respostas às necessidades

7.1. Atividades

7.1.1. Apoio à saúde

7.1.1.1. Cuidados de Saúde

7.1.1.2. Fisioterapia e Ginásio

7.1.1.2.1. Exercício Físico

7.1.1.2.2. Fisioterapia

7.1.2. Ausência de atividades

7.1.2.1. Ausência de atividade física

7.1.2.2. Ausência de atividade lúdico-cultural

7.1.2.3. Ausência de atividade doméstica

7.1.2.4. Ausência Religiosa

7.1.3. Culturais e lúdicas

7.1.3.1. Canto e música

7.1.3.2. Computador

7.1.3.3. Convívio

7.1.3.4. Dias comemorativos

7.1.3.5. Hora do Conto e leitura

7.1.3.6. Jogos de mesa

- 7.1.3.7. Passeios e caminhadas
- 7.1.3.8. Televisão
- 7.1.3.9. Trabalhos manuais
- 7.1.4. Domésticas
 - 7.1.4.1. Ajuda à comunidade
 - 7.1.4.2. Cozinha
 - 7.1.4.3. Limpeza
 - 7.1.4.4. Quinta e Jardim
- 7.1.5. Religiosas e Espirituais
 - 7.1.5.1. Apoio espiritual
 - 7.1.5.2. Devoções
 - 7.1.5.2.1. Adoração ao Santíssimo Sacramento
 - 7.1.5.2.2. Distribuição da Sagrada Comunhão
 - 7.1.5.2.3. Oração pessoal
 - 7.1.5.2.4. Terço
 - 7.1.5.2.5. Via Sacra
 - 7.1.5.3. Espirituais
 - 7.1.5.4. Religião Católica
 - 7.1.5.5. Sacramental
 - 7.1.5.5.1. Eucaristia
 - 7.1.5.5.2. Reconciliação
 - 7.1.5.6. Vivência Comunitária
- 7.1.6. Sociais
 - 7.1.6.1. Amigos e restante família
 - 7.1.6.2. Casal
 - 7.1.6.3. Comunidade Externa
 - 7.1.6.4. Família 1
 - 7.1.6.5. Filhos(as)
- 8.1.8. Visitas
- 7.2. Atitudes
 - 7.2.1. Alegria
 - 7.2.2. Apoio da família
 - 7.2.3. Companhia
 - 7.2.4. Confiança
 - 7.2.5. Diálogo
 - 7.2.6. Honestidade
 - 7.2.7. Partilha entre Cuidadores
 - 7.2.7.1. Aprendizagem
 - 7.2.7.2. Formal
 - 7.2.7.3. Informal
 - 7.2.8. Recolhimento
 - 7.2.9. Vocação
- 7.3. Avaliação das tarefas
 - 7.3.1. Difícil
 - 7.3.2. Fácil

- 7.4. Espaços
 - 7.4.1. Capela
 - 7.4.2. Fisioterapia (sala)
 - 7.4.3. Quartos
 - 7.4.4. Sala Convívio
- 7.5. Formação
 - 7.5.1. Ausência de Formação
 - 7.5.1.1. Ausência de formação ética e deontológica
 - 7.5.1.2. Ausência de formação técnica
 - 7.5.2. Existência de Formação
 - 7.5.2.1. existência de formação técnica
- 7.6. Tarefas
 - 7.6.1. Tarefas com os idosos
 - 7.6.1.1. Animação cultural
 - 7.6.1.2. Cuidados de higiene
 - 7.6.1.2.1. Cuidador aleatório
 - 7.6.1.2.2. Cuidador de mesmo gênero
 - 7.6.1.2.3. Higiene Pessoal dos idosos
 - 7.6.1.3. Enfermagem
 - 7.6.1.4. Exercícios de memorização
 - 7.6.1.5. Refeições
 - 7.6.2. Tarefas institucionais
 - 7.6.2.1. Apoio ao Domicílio
 - 7.6.2.2. Limpeza de espaços
 - 7.6.2.3. Manutenção
 - 7.6.2.4. Turnos
 - 7.6.2.5. Vigilância Noturna
- 8. Não relevante

ANEXO 7

Categorias pertinentes para a resposta às questões centrais de investigação

	Questões Teóricas Investigação	Categorias (última geração)
Q1	Quais as perdas Físicas, lúdico-culturais, sócio-emocionais, espirituais e religiosas manifestadas pelas pessoas idosas?	6.2.1. Direção espiritual e confissão 6.3.1. Mobilidade Física 6.4.1. Ver televisão 6.5.5.1. Esposo(a) 6.5.1. Amigos 6.2.2. Eucaristia 1 6.3.2. Problemas de saúde 6.5.5.2. Filhos 6.5.2. Bens matérias 6.2.3. Ministérios laicais 6.5.5.3. Restante família 6.5.3. Convívio Social 6.2.4. Terço 1 6.5.4. Domésticas 6.2.5. Vivência da Fé e oração 6.5.6. Profissão 6.5.8.Solidão
Q2	Em que contexto espacial e relacional são identificadas as perdas culturais, emocionais e espirituais da pessoa idosa?	2.1. Quarto 2.2. Ausência de Comunicação 2.3.Hora das refeições
Q3	Como se caracteriza a vivência institucional das pessoas idosas?	2.1.1. Ausência de família 2.1.2. Cônjuge 2.1.3. Decisão dos filhos 2.1.4. Não incomodar os filhos 2.2. Espaço 2.3. Motivo de saúde 2.4. Decisão pessoal 5.1.1. Aceitação 5.1.2. Ambiente familiar 5.1.3. Amizade 5.1.4. Bem estar 5.1.6. Gratificação 5.1.7. Interajuda 5.1.8. Sabedoria 5.2.1. Acamados 5.2.2.1. Adaptação do cuidador 5.2.2.2. Adaptação do idoso 5.2.3. Alimentação

		<ul style="list-style-type: none"> 5.2.4. Ausência de diálogo 5.2.5. Ciúme 5.2.5. Gratidão 5.2.6. Conflitos entre idosos 5.2.7. Desconfiança 5.2.8. Dinheiro 5.2.9. Excesso de trabalho 5.2.10. Interesse 5.2.11. Luto 5.2.12. População envelhecida 5.2.13. Pouca atenção 5.2.14. Recusa às atividades 5.2.15. Rejeição dos cuidados 5.2.16. Revolta 5.2.17. Rotina 5.2.18. Saudade 5.2.19. Sofrimento
Q4	<p>Como se caracterizam as atividades, atitude e tarefas dos cuidadores e da instituição na resposta às perdas identificadas e à caracterização da vivência institucional?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 7.1.1.1. Cuidados de saúde 7.1.1.2.1. Exercício físico 7.1.1.2.2. Fisioterapia 7.1.2.1. Ausência de atividade física 7.1.2.2. Ausência de atividade lúdico-cultural 7.1.2.3. Ausência de atividades domésticas 7.1.2.4. Ausência de atividades religiosas 7.1.3.1. Canto e música 7.1.3.2. Computador 7.1.3.3. Convívio 7.1.3.4. Dias comemorativos 7.1.3.5. Hora do conto e leitura 7.1.3.6. Jogos de mesa 7.1.3.7. Passeios e caminhadas 7.1.3.8. Televisão 7.1.3.9. Trabalhos manuais 7.1.4.1. Ajuda à comunidade 7.1.4.2. Cozinha 7.1.4.3. Limpeza 7.1.4.4. Quinta e jardim 7.1.5.1. Apoio espiritual 7.1.5.2.1. Adoração ao Santíssimo Sacramento 7.1.5.2.2. Distribuição da Sagrada Comunhão 7.1.5.2.3. Oração pessoal 7.1.5.2.4. Terço

		<p>7.1.5.2.5. Via Sacra 7.1.5.3. Espirituais 7.1.5.4. Religião Católica 7.1.5.5.1. Eucaristia 7.1.5.5.2. Reconciliação 7.1.5.6. Vivência comunitária 7.1.6.1. Amigos e restante família 7.1.6.2. Casal 7.1.6.3. Comunidade externa 7.1.6.4. Família 1 7.1.6.5. Filhos(as) 7.2.1. Alegria 7.2.2. Apoio à família 7.2.3. Companhia 7.2.4. Confiança 7.2.5. Diálogo 7.2.6. Honestidade 7.2.8. Recolhimento 7.2.9. Vocação 7.4.1. Capela 7.4.2. Sala de Fisioterapia 7.4.3. Quartos 7.4.4. Sala de convívio 7.6.1.1. Animação cultural 7.6.1.2.3. Higiene pessoal dos idosos 7.6.1.2.1. Cuidador aleatório 7.6.1.2.2. Cuidador do mesmo género 7.6.1.3. Enfermagem 7.6.1.4. Exercícios de memorização 7.6.1.5. Refeições 7.6.2.1. Apoio ao domicílio 7.6.2.2. Limpeza dos espaços 7.6.2.3. Manutenção 7.6.2.4. Turnos 7.6.2.5. Vigilância Noturna</p>
Q5	Quais as dificuldades sentidas pelo cuidador, a avaliação que faz das mesmas, como as partilha com os seus pares e qual a formação adquirida?	<p>7.2.7.1. Aprendizagem 7.2.7.2. Formal 7.2.7.3. Informal 7.3.1. Difícil 7.3.2. Fácil 7.5.1.1. Ausência de formação ética e deontológica 7.5.1.2. Ausência de formação técnica 7.5.2.1. Existência de formação técnica</p>

